Nr. 4. LISTOPAD 1931 ROCZNIK IV.

LEKARZ KOLEJOWY

KWARTALNIK

ORGAN ZRZESZENIA LEKARZY KOLEJOWYCH

Redaktor: *Dr. med. Józef Mazurek.*

Administrator: *Dr. med. Wacław Gronowski.*

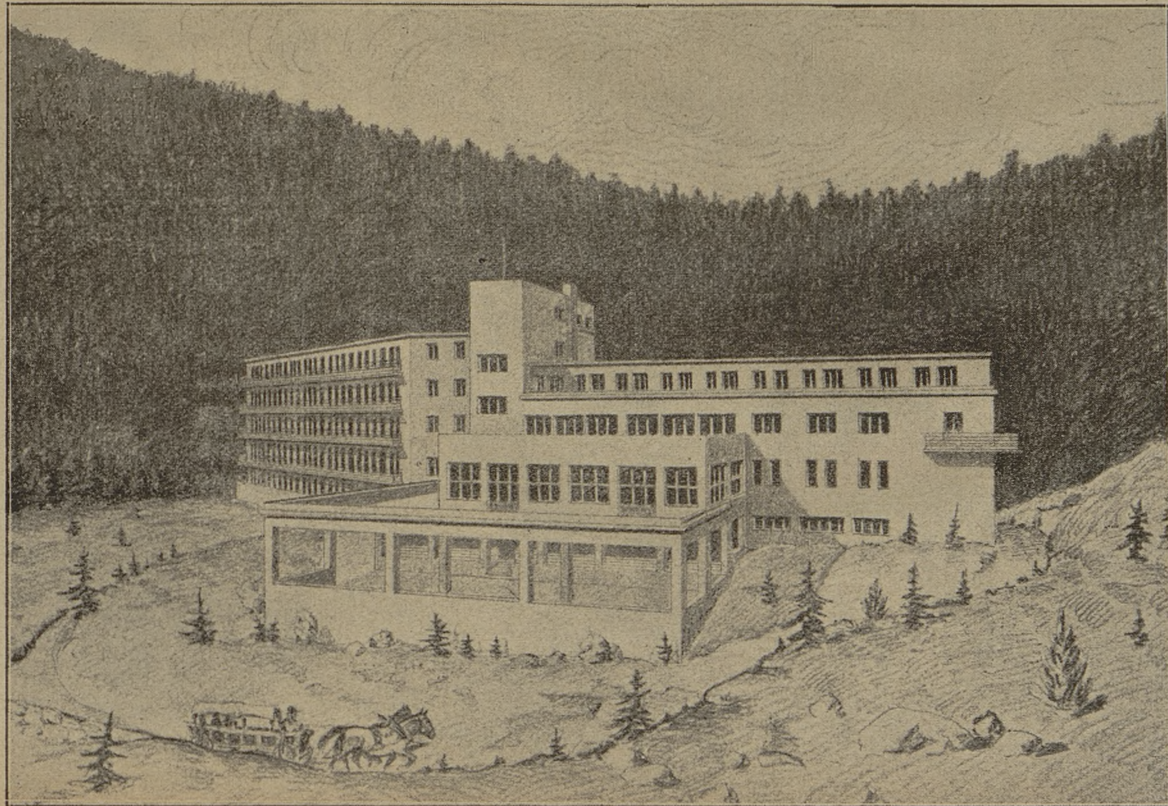
WARSZAWA

Adres Redakcji Chmielna 38 m. 4.

Adres Administracji Al. Jerozolimska 6. m. 8.



Powstająca nowa placówka społeczna Towarzystwa Kolonji Letnich Pracowników Warszawskiej Dyrekcji Kolei Państwowych.



Budujący się „Dom Zdrowia" dla pracowników kolejowych i ich rodzin w Makowie Podhalańskim na stokach Łysej Góry. Projektował inż. Władysław Świrczewski.

LEKARZ KOLEJOWY

Nr. 4 LISTOPAD 1931 r.

Związek przyczynowy pomiędzy gruczołami dokrewnemi a rakiem*)

podał

Dr med. WACŁAW KARNICKI
Wilno

Badaniem przyczyny zjawiska biologicznego, polegającego na typowym rozroście tkanek, zajmował się cały szereg pokoleń przyrodników i lekarzy. I niestety ze smutkiem musimy przyznać, że dotychczas nie zostało ono całkowicie wyjaśnione i rozwiązane. Nie znaczy to jednak bynajmniej, że onkologja się nie rozwinęła i tkwi na martwym punkcie. Szczególnie w ciągu ostatnich paru lat dokonano znacznego postępu w tej dziedzinie, radykalnie zmieniając podejście do całego zagadnienia.

Jak i w innych dziedzinach nauk przyrodniczych rozpoczęto badania od strony najbardziej dostępnej, jak wiadomo od budowy anatomicznej nowotworów. Potem w miarę rozwoju techniki badań, z chwilą skonstruowania mikroskopu, sprecyzowano ich budowę histologiczną, nauczono się rozróżniać rozmaite typy nowotworów. Tą drogą założono podwaliny diagnostyki anatomo-patologicznej nowotworowej, do dzisiaj jeszcze najbardziej pewnej metody rozpoznawczej. Mrówcza praca, która doprowadziła do realnych wyników, mających duże zastosowanie praktyczne w dziedzinie diagnostycznej, nie wyjaśniała niestety zupełnie przyczyny powstania nowotworów, zwłaszcza zaś postaci złośliwych. Nie nadawało to również kierunku, w którym należy szukać ewentualnego przyczynowego ich leczenia.

Myśl ludzka zaczęła dążyć do uchwycenia prawdopodobnej przyczyny zaistnienia nowotworów. I tutaj, jak wiadomo, pierwszy Virchow,

*) Referat wygłoszony na Zjeździe Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych w Wilnie dnia 28-VI. 1931 r.

opierając się na najbardziej pewnych podstawach, bo na obserwacji klinicznej chorych rakowych, wysunął koncepcję podrażnienia, jako bezpośrednią przyczynę powstawania raka. Nie mogło to jednak wystarczyć, ponieważ nie wynikały stąd żadne wskazówki lecznicze, a przecież ostatecznie o to w gruncie rzeczy chodziło.

Wraz ze świetnym rozwojem bakterjologji starano się na tej drodze rozwiązać całe zagadnienie. Powstaje cały szereg prac z najpoważniejszych zakładów Europy i Ameryki, podających w wyniku swoich badań wykrycie zarazka rakowego różnych postaci. Przytoczę tu parę wyników tych prac.

Gye i Bernard uważają raka za cierpienie wywołane przez drobnoustrój lub też ich grupę przy współudziale czynnika swoistego t. j. pewnego ciała chemicznego uczulającego komórkę na zakażenie. Ostatnie zastąpione być może przez przewlekłe drażnienie. Drobnoustrój, dostając się do komórki odpowiednio uczulonej, rozmnaża się w niej i pobudza ją do podziału. Punktem wyjścia dla hipotezy autorów było wyodrębnienie z mięsaków Rous dwóch nieczynnych składników, których dopiero mieszanina dawała właściwy efekt doświadczalny. Ponieważ jednego z nich dało się wyhodować na pożywkach, a Bernard nawet uwidocznił go zapomocą specjalnie skonstruowanego aparatu, przeto sądzą oni, że drugi musi posiadać charakter chemiczny. Ponieważ technika doświadczalna opiera się na przypuszczeniu, iż chloroform zabija drobnoustroje swoiste t. zw. virus, wystarczy, aby jeden ten warunek okazał się mylnym, a już cała konstrukcja Gye'a i Bernad'a traci swoje podstawy. Reichert twierdzi, że laseczka wykryta przez Blumenthala, Auler'a i Meyer'a wywołuje uszkodzenie komórki, po którem dopiero następuje zadziałanie przenoszonego przez nią właściwego zarazka rakowego. Teutschländer i Kronenberger zapomocą badania b. tumefaciens na szczurach i myszach nie potwierdzili wyników poprzednich autorów. Zresztą Blumenthal obecnie uważa raka za chorobę zaburzenia przemiany materji. Nuzum w Ameryce wykrył drobnoustrój zbliżony do paciorkowca. Wyhodował go z raków mysich i z raka piersi ludzkiej. Ziarnkowiec ten rośnie w warunkach beztlenowych, jest przesączalny i gram-dodatni. Jednakże rak wywołany u człowieka nawet sam autor uważa za następstwo przewlekłego drażnienia (62 zastrzyki). Interesujący jest drobnoustrój wyhodowany z raków ludzkich przez Glovera. Posiada on wygląd ruchomej pałeczki tworzącej łańcuchy, w której wytwarzają się ruchome zarodniki. Pałeczki są gram-dodatnie. Mają one również przechodzić w fazę bezpostaciową jednolitej masy. Zapomocą pałeczek Glovera otrzymał Scott u małp raki. Borrel wyhodował zarazki, mieszając miazgę za

rodkową z rakami szczurów. Już przed 20 laty Schmidt wyhodował pierwotniaki z nowotworów ludzkich nie tylko pierwotnych lecz i z przerzutów, jak również z guzów doświadczalnie wywołanych. Jednorazowe ich zastrzyknięcie wystarczało do wywołania nowotworu u szczurów, myszy i świnek morskich. Kilku autorów, kontrolując powyższe doświadczenie, znaleźli, iż są to kropelki tłuszczu. Również Schumacher opisał przypadek, który okazał się potem popękanem włóknem sprężystem,

Niektóre z tych prac, jak np. prace Gye'a i Bernard'a, Borrel'a i innych ogłoszone są w ciągu ostatnich paru lat i obecnie prowadzone nadal. Wspomnę tu jeszcze, iź niektórzy badacze, jak Borrel i inni, uważają raka za cierpienie wywołane przez pasorzyty drażniące tkankę. Zbliżeni są oni do dawnej teorji drażnienia Virchowa.

Uogólniając wyniki wyżej przytoczonych prac, należy stwierdzić, że autorowie hołdujący teorji zarazkowej mają za sobą poważny dorobek doświadczalny. Osobiście miałem sposobność oglądania pracowni prof. Borrel'a w Strassburgu, gdzie mieszczące się w jednej dużej sali 10.000 szczurów, z których każdy posiadał swoją ewidencję, zakażało się wyłącznie przez kontakt przebywania w tej samej klatce, z ich zaś nowotworów hodowano zarazki. Są to bądź co bądź konkretne fakty. Gdy sobie jednak uprzytomnić, że poglądy lekarskie i większość zwolenników teorji zarazkowej kształtowały się w okresie rozkwitu bakterjologji, kiedy nieomal wyłącznie jej kategorjami myślano i rozumowano, oraz że taki zarazek widziany i wyhodowany, potem przy sprawdzaniu bywał niejednokrotnie tylko włóknem sprężystem lub kuleczką tłuszczu, wartość tego dorobku doświadczalnego znakomicie się zmniejsza. Przypadki zakażenia się zwierząt doświadczalnych nowotworem też nie mogą być bezwzględnym dowodem istnienia zarazków wobec, jak wiadomo, zdolności do przeszczepiania się tkanek z jednego organizmu na drugi, z możnością rozwoju i rozrostu na tym drugim osobniku.

Osobnym działem onkologji są badania prowadzone nad serologją nowotworów. Prace te idą przedewszystkiem w kierunku prób uodpornienia organizmu na tkankę rakową i ewentualnego zahamowania tą drogą wzrostu raka, lub wręcz rozpuszczenia tkanki nowotworowej zapomocą wywołania cytolizy surowicą uodporniającą. W Polsce jeszcze na początku obecnego stulecia rozpoczęto te próby w Krakowie. Z obecnych badaczy polskich specjalnie zajmuje się tem Pelczar. Ostatnio Edelman w Wiedniu stworzył specjalny instytut serologji raka. Autorowie pracujący w tym kierunku stwierdzają na zasadzie doświadczeń przeprowadzonych zarówno na zwierzętach jak

i na chorych rakowych, iż odporności swoistej ani u zwierząt, ani u ludzi wywołać się nie udaje. Działanie surowic, szczepień, oraz wprowadzanie zawiesin koloidalnych ciężkich metali sprowadza się do wywołania ogólnego nieswoistego odczynu organizmu podobnego do wprowadzania białka obcogatunkowego. Więc i te badania narazie zawiodły.

W zupełnie odrębnym kierunku prowadzi prace szkoła Prof. Peyron z Instytutu Pasteur'a w Paryżu, w którym przez pewien czas pracowałem, doszukując się przyczyny powstawania nowotworów w zaburzeniach rozwoju embriologicznego, zarówno w filogenezie, jak ontogenezie. Badania te prowadzone są z niezwykłym nakładem pracy. Opisano setki i tysiące rodzai nowotworów ryb, ptaków i ssaków. Jednak dotychczas realnych wyników te prace nie dały.

Przejdę teraz do omówienia najliczniej reprezentowanego dzisiaj kierunku badań, który powstał dzięki rozwojowi cytofizjologji i biochemji, mianowicie dociekań nad przemianą materji tkanek nowotworowych i metabolizmu całego ustroju chorego na nowotwór. Pragnę jeszcze przedtem przypomnieć, iż w metodyce doświadczalnego wywoływania raka u zwierząt używa się smoły, arsenu i t. p. czynników drażniących. Możność wywołania sztucznie raka została wykrytą przed 10 laty przez Japończyka Itchikawa'ę. Jest to niewątpliwe potwierdzenie słuszności spostrzeżeń Virchow'a. Niezależnie od wywoływania raka niektórzy badacze przeszczepiają tkankę rakową. Ten sposób oddawna jest znany, ale gorszy, ponieważ niema zasadniczego momentu zaistnienia choroby w początkowo zdrowej tkance.

Z badaczy amerykańskich Carrel pracował doświadczalnie nad mięsakiem zwierzęcym opisanym przez Rous'a. Prace te polegały na hodowaniu tkanki łącznej (fibroblastów) i monocytów mięsaka Rous. Otóż bez monocytów fibroblasty po zaszczepieniu nie wykazywały zdolności bujania nowotworowego. Na podstawie innych jeszcze prac hodowli tkanek dochodzi Carrel do wniosku, iż istnieją ciała odżywcze pobudzające tkanki do rozrostu t. zw. trefony, z drugiej zaś strony wykrył on zdolności surowicy hamowania tego wzrostu. Rhoda Erdmann przypisuje śródbłonkom zatok śledzionowych powinowactwo do tych trefonów. Do poglądu tego przyłącza się Auler, któremu udało się za pomocą limfy z ramienia osobnika rakowatego wywołać raka u jednego szczura. Również pewnem poparciem tez amerykańskiego badacza jest ogłoszone ostatnio doświadczenie Blumenthala i Aulera, którym udało się u szczurów normalnych wywołać guzy za pomocą zastrzykiwania miazgi śledzionowej zwierząt z nowotworem. Teutsch-

länder wypowiedział podobną do Carrel'a hipotezę, iż w powstawaniu i szerzeniu się mięsaków Rous'a odgrywa zasadniczą rolę jakieś ciało chemiczne o własnościach fermentu. Nazwał je, jako przenośnika złośliwości „ens malignitatis“. Według Biscegli'ego komórki nowotworowe posiadają zdolność wytwarzania w sobie samych podniet wzrostowych. Te substancje za Centannim nazywa on blastinami. W następnych doświadczeniach udało się mu otrzymać mięsaka u kury zapomocą zastrzykiwania miazgi zarodkowej, zmieszanej z przesączem raka mysiego. Z tego faktu wnioskuje, że złośliwe przekształcenie komórek zależy od ciałek czynnych blastomatycznie, będących wyrazem zaburzeń przemiany materji komórek nowotworowych. Zmieniony metabolizm zaś jest rezultatem czynników nieswoistych, takich jak smoła, pasorzyty i t. d. Zawarte w przesączu nowotworowym ciała — blastiny mogą z jednej strony wywoływać nieograniczony rozrost, z drugiej zaś złośliwe przekształcenie komórek specjalnie wrażliwych. Niestety prace powyższe były wykonywane na nowotworach zwierzęcych i przeważnie mięsaku Rous na kurach, wiadomem zaś jest, że zachowują się one odmiennie od reszty nowotworów. Według Lipschütza ogólne zatrucie smołą używaną do wywoływania raka (causa essentialis) doprowadza do wyzwolenia czynników wzrostowych blastinów, które w działaniu swojem mają różne punkty uchwytu; w zależności od miejsca zadziałania dają zmiany odrębne, które autor ujmuje jako fazy objawowe podstawowego cierpienia (brodawki, czerniaki, bujanie gruczołów łojowych, raki). Warburg, który celem znalezienia biologicznego wykładnika dla różnic zachodzących między tkanką nowotworową a normalną badał jaja jeżowców w chwili zapłodnienia, a więc w momencie przejścia ze stanu spoczynku do podziału, stwierdził, iż wzrasta tu zużywanie tlenu sześciokrotnie. Poza tem stwierdził on, że nowotwory zarówno in vivo jak in vitro zużywają znaczne ilości cukru gronowego, rozkładając go na kwas mlekowy; proces ten nazwał on glikolizą. Streszczając wyniki prac Warburga, należy powiedzieć, iż wykazał on, że oddychanie nowotworów jest mniejsze, niż tkanek normalnych, glikoliza zaś w warunkach beztlenowych jest cechą tkanek rosnących. Glikoliza tkanek w okresie spoczynku jest minimalną. W warunkach tlenowych zachowuje się różnie. Warburg uważa brak tlenu za czynnik rakotwórczy. Beutner, dając ogólną charakterystykę czynników rakotwórczych, zwraca uwagę na własności cytolityczne kwasu mlekowego i uważa, że glikoliza nie jest następstwem, lecz przyczyną guzów. Obniżenie napięcia powierzchniowego powoduje rozmnażanie się komórek podług Bauer'a. Zilustrował to on w do-

świadczeniu z jajami glisty, pozatem stwierdził, iż wszystkie środki rakotwórcze obniżają to napięcie. W procesach rakowych występuje obniżenie napięcia, również stwierdzone zostało obniżenie napięcia powierzchniowego w surowicy królików smołowanych.

Co do zachowywania się wapnia i potasu przy nowotworach, wyniki różnych autorów nie są całkowicie zgodne. Większość badaczy uważa, iż zawartość potasu we krwi i tkankach zarówno zwierząt doświadczalnyah jak i chorych rakowych wzrasta w miarę rozwoju procesu chorobowego. Natomiast ilość wapnia w tych przypadkach znacznie jest obniżoną. Cloves, Watermann stwierdzili nadmiar w tkance rakowej potasu i nawet sodu, tego ostatniego mniej. Händel wykazał zmniejszenie podatności na raka przy podawaniu wapnia. Drew w pracy doświadczalnej wykrył, iż wapń hamuje rozrost komórek nowotworowych, potas zaś wybitnie wzmaga. Renaud, badając krew chorych na raka, znalazł stałe wzrastanie w niej potasu.

Podobnie Dr. Wolff uwidocznił przy zwiększaniu się potasu intensywniejszy rozrost nowotworu. W przeciwieństwie do wymienionych badaczy Blum, Klotz nie stwierdzili zmian w stosunku K/Ca przy raku. Margolin i Samon wykazali nadwrażliwość nerwu błędnego u rakowatych oraz stwierdzili, iż wapń pobudza układ współczulny, potas zaś błędny i że podrażnienie układu współczulnego skupia jony wapnia, podrażnienie zaś błędnego — jony potasu we krwi. Eiger i Czarnecki wykazali szybszy wzrost nowotworów doświadczalnych u królików po wyeliminowaniu wpływu układu współczulnego przez przecięcie nerwów współczulnych. Dercum, Engel, przeprowadzając masowe badanie chorych na Basedowa, nie mogli, nie zważając na różność wieku pacjentów, stwierdzić schorzeń rakowych. Natomiast przy niedomodze tarczycy spostrzegali znaczną ilość przypadków rakowych. Przypisują oni to przewadze układu współczulnego przy chorobie Basedowa. René i Reding wykazali zalkalizowanie płynów ustrojowych przy raku 7.43 w stosunku do normalnego 7.30. Wykazali oni również spadek alkalicznośei przy zaniku nowotworu np. pod wpływem leczenia promieniami Roentgena oraz znikanie lub zmniejszanie się raka przy zakwaszających ustrój sprawach chorobowych jak np. róża, gorączka połogowa i t. d. Sam René na na zasadzie powyższych doświadczeń podawał gruczoły przytarczyczne i uzyskał tą drogą obniżenie alkaliczności krwi i zwiększenie wapnia. Potti uwidocznił przesunięcie się skali Arneta przy raku na prawo. Roffo, badając krew rakowatych na ilość zawartej w niej cholesteryny, stwierdził jej nadmiar, zaś Klein, Dinkin, Loper i inni wykryli zmniejszenie cholesteryny we krwi chorych na raka. Burgheim uważa, iż hypercholesterynemja występuje łącznie z objawami charłactwa,

w początkowych zaś okresach raka nie daje się wykazać. Lemey spostrzegł, iż cukrzyca usposabia do powstawania raka. Müntzer leczył raka insuliną i tlenem, mając zmienne wyniki. Remond, Sendrai, Bolicoud, Bernardbeig i Lassale, badając krew smołowcowych królików w okresie przedrakowym, stwierdzili hiperglikemję, hipercholesterynemję, zmniejszenie kwasów i mniej wapnia.

Niezmiernie interesujące i ważne są badania Freunda i Kaminerówny, którzy wprowadzają pojęcia uczulenia nowotworowego organizmu. Punktem wyjścia dla ich badań było wykrycie różnicy pomiędzy surowicą normalną, a wyciągami z tkanek zdrowych z jednej strony i surowicą chorych rakowych oraz wyciągami z tkanek rakowych z drugiej. Otóż surowica zdrowych posiada zdolność rozpuszczania komórek rakowych, surowica chorych na raka przeciwnie tej zdolności nie wykazuje, a ponadto zabezpiecza odpowiednie elementy nowotworowe przed działaniem surowic normalnych. Własności rakobójcze zależne są od obecności rozpuszczalnego w eterze nasyconego kwasu dwukarbonowego „normalsäure". Ilość jego zmniejsza się w starości. Tę zmianę starczą należy powiązać z upośledzoną czynnością grasicy, której wyciagi wykazują olbrzymie zdolności rozpuszczania komórek rakowych. Do znikania wspomnianego kwasu przyczyniają się poza przewlekłem drażnieniem tkanek (oznaczenie zrobiono z wrzodem okrągłym żołądka i owrzodzeniem goleni) wszystkie te czynniki, których dzisiaj używa się w metodyce doświadczalnego wywoływania guzów. ,,Carcinomsaüre" wytwarza się przez połączenia nienasyconego kwasu dwukarbonowego z patologiczną nukleoglobuliną t. zw. euglobuliną. Źródłem jej powstawania jest nieprawidłowa fermentacja w jelitach. U osobników normalnych znajduje się w treści jelitowej tylko nasycony kwas dwukarbonowy, u rakowatych zaś nienasycony kwas dwukarbonowy. Niezwykle doniosłem jest stwierdzenie, iż zmiana ta jest pierwotną i poprzedza powstanie nowotworu. Wyniki prac Freund'a i Kaminer'ówny otwierają szerokie możliwości nowej metody diagnostycznej przez badanie krwi chorych podejrzanych na raka w kierunku cytolizy komórek rakowych. Niezmiernie doniosłą jest możność tą drogą stwierdzenia nowotworu przed zaistnieniem zmian anatomicznych. Będzie to raczej rozpoznaniem uczulenia nowotworowego organizmu na raka. Niestety, technika badania — niezwykle skomplikowana — uniemożliwia narazie szerokie stosowanie tej metody. Osobiście przeprowadziłem w laboratorjum szpitala kolejowego w Wilnie próby badań w tym kierunku. Przekonały mnie one o trudnościach technicznych.

Nie można przemilczeć ważnego działu onkologji, mianowicie wpły-

wu ciał promieniotwórczych na nowotwory. Wprawdzie w dostępnem mi piśmiennictwie nie znalazłem prac wiążących powstawanie nowotworów z możnością leczenia ich energją promienną, ale niewątpliwem się wydaje, że skoro zapomocą czegoś możemy leczyć, to jednak ten sposób, taki czy inny, jakąś drogą może oświetlić nam kwestję etiologji. Otóż najprostszem załatwieniem tej sprawy byłoby tłomaczenie, że promienie niszczą tkankę nowotworową. Zdawałoby się wobec tego, że niema potrzeby doszukiwaniasię gdzieindziej przyczyn dodatniego wpływu tego sposobu leczenia. Jednak prace (Hosse'go, Zuntz'a, Barre'go, Opitz'a i innych) wykazały, że przy naświetlaniu promieniami we krwi zachodzą zmiany charakterystyczne dla organizmów zdrowych w przeciwieństwie do organizmów będących w stanie t. zw. przedrakowym w pojęciu Freund'a i Kaminer'ówny lub wręcz posiadających już nowotwory. Jak wiadomo, stwierdzane zmiany we krwi tych chorych organizmów są typowe i stałe. Niezmiernie interesujące i ważne są ostatnio ogłoszone doświadczenie Opitz'a, który naświetlał zwierzęta doświadczalne rakowe promieniami Roentgena i radu, eliminując bezpośrednie działanie promieni na nowotwór. Otóż przy tem ogólnem naświetlaniu całego organizmu, nie działając zupełnie na samą tkankę nowotworową, nowotwory ulegały całkowitemu wyleczeniu, wykazując chemizm krwi stwierdzany przez Zuntz'a i Barre'go u zdrowych. Więc i tutaj kwestja przemiany materji odgrywa dużą rolę, najprawdopodobniej decydującą.

Wywoływanie nowotworów na drodze doświadczalnej, drażniąc smołą, również wpływa na przemianę materji całego organizmu w sposób charakterystyczny dla raka (Remond, Sendrail,, Boulicoud, Bernardbeig, Lassale) i nawet wprowadzenie do ustroju smoły bez miejscowego drażnienia, z jednej strony wywołując nowotwór, z drugiej daje te same zmiany metabolizmu (Sendrail). Wskazywałoby to na możność uczulenia organizmów w kierunku powstawania nowotworu.

Przejdę teraz do zestawienia zmian przemiany materji stwierdzanych zarówno w okresie przedrakowym jak i podczas istnienia nowotworów. Dadzą się one sprowadzić do kilku zasadniczych punktów:

1. Stosunek potasu do wapnia we krwi i tkankach (prace Thejs'a, Benedict'a, Wolff'a i Watermann'a i innych).

2. Kwasota krwi (prace René, Reding'a).

3. Stosunek układów błędnego i współczulnego (prace Margolin'a, Engel'a i Samon'a przeprowadzone na chorych rakowych, oraz prace doświadczalne na zwierzętach Eiger'a i Czarneckiego, Kocarew'a, Itchikawa'y).

4. Nienasycone kwasy dwukarbonowe, które mają być przyczyną zaistnienia raków (prace Freund'a i Kaminer'ówny).

5. Napięcie powierzchniowe surowicy i fizyczne własności krwi (prace Sołowjow'a, Bauer'a).

6. Brak tlenu i glikoliza tkanek (prace Warburg'a).

Jakaż jest rola gruczołów dokrewnych w normowaniu tych zmian przemiany materji, stwierdzanych zarówno w stanach t. zw. przedrakowych jak i przy raku:

1. Stosunek K/Ca we krwi normowany jest przez gruczoły przytarczyczne i gruczoł tarczowy (podług Trendelenburg.a, Weil'a).

2. Kwasota krwi, również między innymi przez gruczoły przytarczyczne (podług Weil'a).

5. Stosunek układów błędnego i współczulnego między innymi przez nadnercze i tarczycę (podług Weil'a).

4. Nienasycone kwasy dwukarbonowe przez grasicę (podług Freund'a i Kaminer'ówny).

5. Napięcie powierzchniowe surowicy krwi uzależnione jest od wapnia, więc od tarczycy i od gruczołów przytarczycznych.

6. Brak tlenu i glikoliza tkanek — przez tarczycę i grasicę (podług Weil'a).

Nic zresztą dziwnego, że zmiany metabolizmu spotykane w stanach przedrakowych i przy raku zależne są od gruczołów dokrewnych. Wiadomem jest powszechnie, jak wogóle przemiana materji ustroju powiązaną jest z czynnością gruczołów dokrewnych i od ich należytego funkcjonowania zależną. Dalej pojęcie konstytucji organizmu i osobniczych lub rasowych odchyleń łączy się z tym czy innym układem korelacji gruczołów dokrewnych. Kwestja dziedziczenia tego układu też dzisiaj nie ulega wątpliwości. Z drugiej strony uderzająco często mamy do czynienia ze schorzeniem raka opanowującem pewne rodziny i to nie tylko w jednem pokoleniu sióstr i braci, nieraz mieszkających w zupełnie różnych warunkach zarówno klimatycznych, tak odżywczych, jak i ogólno higjenicznych, ale i przez kilka pokoleń.

Zależność wzrostu tkanek i zaburzeń w tym wzroście od gruczołów dokrewnych jest również dobrze znaną, że wspomnę tutaj o akromegalji, jako nadczynności przysadki, lub o karłach t. zw. grasicowych i tarczycowych. Pozatem spotykane są zmiany wzrostu jednego tylko narządu, jak np. w doświadczeniach Lauterborn'a z kozłami kastrowanemi, u których po kastracji następował nieprawidłowy wzrost rogów.

Zresztą czy nie jest zastanawiającym fakt wykrywania zarówno podczas ciąży, kiedy mamy do czynienia ze wzrostem, jak i przy raku, hormonu przedniego płata przysadki. Jeszcze większą nad-

czynność przysadki stwierdzamy, jak wiadomo prz zaśniadzie groniastym i nabłoniaku kosmówkowym, który zachowuje się identycznie jak nowotwory złośliwe, dając przerzuty i doprowadzając do charłactwa.

Wreszcie występowanie raka w wieku starszym, kiedy mamy do czynienia z wypadaniem lub osłabieniem czynności gruczołów płciowych, prowadzących do zaburzeń w korelacji wydzielania wewnętrznego gruczołów, oddawna jest znane. Pod tym względem ciekawe jest spostrzeżenie Rubinsztejn-Jezierskiego przeprowadzone na robotnikach pracujących przy wyrobie papy smołowej. Większość robotników posiadała na rękach brodawczaki naskutek ciągłego podrażnienia smołą. Młodsi mieli brodawczaki dobrotliwe, jedynie u starszych, pracujących w tych samych warunkach co do miejsca, roboty i czasu, stwierdzało się raki.

Wychodząc z tylko co przytoczonych założeń i opierając się na doty hczasowych pracach doświadczalnych, wysunąłem koncepcję ścisłego związku zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych z możnością zaistnienia nowotworów.

W dostępnem mi piśmiennictwie spotkałem dwa rodzaje prac podobnych; pierwsze są to prace kliniczne, najczęściej podające wyniki stosowania u chorych rakowych wyciągów poszczególnych gruczołów dokrewnych; drugie były wykonywane na zwierzętach doświadczalnych.

Pozwolę sobie przytoczyć parę wyników prac klinicznych, tak np. Fredrick Page i William H. Bishop już w 1898 r. podawali tarczycę w przypadku nowotworu raka sutka, który to po 18 miesięcznej kuracji całkowicie ustąpił. Beatson również przy raku sutka podawał tarczycę. Następnie w 1901 r. Lembort opisał podawanie przez Brown-Séquard'a i d'Arsonval'a 103 chorym na raka testiculiny, która miała wpływać wybitnie hamująco na rozrost nowotworu. Vigouroux, Billard i Odier stosowali wątrobę i trzustkę, mając również polepszenie przy tej kuracji, wprawdzie w tym ostatnim przypadku odkażające działanie wątroby mogło mieć pewne znaczenie. Tenże Odier wspólnie z Girard'em przeprowadził leczenie tarczycą z dobremi wynikami. Również Naamé miał dobre wyniki z podawania tarczycy z gruczołem sutkowym. Rohdenburg, Bullock i Johnston stosowali wyciągi grasicy, tarczycy, trzustki, śledziony i przysadki w zastrzykach podskórnych. Coulaud nawet dożylnie podawał grasicę. Wywołanie shoc hémoclasique również podobno daje dobre wyniki podług Widala. Prace te są mniej więcej zgodne co do wyników, nie podają jednak cyfrowych danych, nie będąc stosowane masowo na dużym materjale, a tylko w pojedynczych przypadkach. Co się zaś ty-

czy prac doświadczalnych na zwierzętach, to przeważnie zajmowano się wpływem gruczołów płciowych na rozwój nowotworów. Wyniki poszczególnych autorów są całkowicie sprzeczne: tak Itschikawa, Maisin, Engel. Eisner i inni po kastracji stwierdzali przyśpieszenie wzrostu nowotworów, Tourn, Loeper, Tourpin i inni odwrotnie wybitne zahamowanie rozwoju, proponując nawet usuwanie jajników u kobiet chorych na raka. Loeper i inni badali zawartość potasu w nowotworach zwierząt kastrowanych i normalnych, znajdując o 0,4$^0/_0$ dla niekastrowanych i 1,5$^0/_0$ oraz 2,46$^0/_0$ dla kastrowanych. W popiele po spaeniu zwierząt mieli 0.35$^0/_0$ u kastrowanych i 0,26$^0/_0$ u niekastrowanych. Wyniki te są zgodne z podawanemi przez innych autorów, pracujących nad przemianą potasowo-wapniową przy raku. Usuwano również tarczycę, podawano zwierzętom wyciągi z tarczycy, trzustki, grasicy, nadnercza i przysadki, mając sprzeczne wyniki co do oddziaływania na rozwój nowotworów. Wreszcie pobudzano zapomocą małych dawek promieni Roentgena gruczoły do intensywniejszego wydzielania (prace Fränkela). Niewątpliwie słusznem jest zdanie Lewina, który tłomaczy sprzeczność wyników używaniem do doświadczeń nowotworów przeszczepialnych i zwraca uwagę, iż tylko raki smołowcowe mogą dać miarodajne wyniki. W doświadczeniach przytoczonych, w których podawano wyciągi gruczołowe przygotowane przez rozmaite firmy, otrzymano sprzeczne wyniki. Różność sposobów używanych do wytwarzania wyciągów gruczołowych niewątpliwie musiała wpłynąć na wyniki doświadczeń. Jedynie Kyrle pracował z rakami powstającemi (smołowcowe raki myszy); kastrując je, nie otrzymywał nowotworów, natomiast Paroli, sprawdzając to doświadczenie, miał wręcz odwrotne wyniki. Z tych kilku przytoczonych przykładów widać, jak chaotycznie sprzeczne są wyniki prac podobnych. Były jeszcze przez cały szereg autorów, jak Elsner, Gudernatsch I. F., Walton, Ebeling i innych, z polskich Zweibaum, Zakrzewski i inni, przeprowadzane doświadczenia hodowli tkanek in vitro zarówno tkanek normalnych jak i nowotworowych w połączeniu z wyciągami gruczołów dokrewnych. Pod jednym względem są one zgodne; otóż stwierdzają, że wyciągi gruczołów dokrewnych wywierają wpływ na hodowlę tkanek. Nie będę tutaj podawał szczegółowych wyników, jak działają wyciągi z poszczególnych gruczołów na różne rodzaje tkanek, ponieważ hodowla tkanek in vitro, a rozwój nowotworu w organizmie są to procesy tak różne, że nie dadzą się one zestawić. Zgodnie z wysuniętą koncepcją uzależnienia możności powstania i rozrostu nowotworów od zaburzeń czynności gruczołów dokrewnych, przystąpiłem do pracy doświadczalnej.

Postaram się pokrótce streścić wyniki mojej pracy doświadczalnej, która nadspodziewanie potwierdziła koncepcję przezemnie wysuniętą o zależności raka od zaburzeń w wydzielaniu gruczołów dokrewnych. Interesujących się szczegółowo tem zagadnieniem odsyłam do moich prac p. t. „Nowotwory a gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem", oraz „Wpływ gruczołów dokrewnych na powstawanie i zachowanie się nowotworów doświadczalnych".

Używałem do doświadczeń raków smołowcowych u królików (smarowałem smołą ucho), które — jak wspominałem wyżej — są najbardziej miarodajnem i wobec wywołania raka u zupełnie zdrowego osobnika za pomocą przekształcenia normalnej tkanki nabłonkowej w nowotworową bez wprowadzenia do ustroju raka, jak to się robi przy przeszczepianiu. Stworzyłem 8 serji zwierząt doświadczalnych:

1. Z usuniętą grasicą
2. Z usuniętą tarczycą i jednym gruczołem przytarczycznym
3. Z usuniętemi jądrami
4. Z usuniętem nadnerczem
5. Z usuniętemi grasicą i jądrami razem
6. Z wszczepionemi grasicą i jądrami
7. Zwierzęta z guzami rakowemi injekowane wyciągami z gruczołów poprzednio im usuniętych.
8. Z usuniętą przysadką mózgową (niestety próby usunięcia przysadki nawet na zwłokach króliczych okazały się technicznie niemożliwe).

Serją kontrolną były zwierzęta nieoperowane, lecz narówni z doświadczalnemi drażnione smołą w warunkach i w sposób identyczny jak doświadczalne.

W wyniku doświadczeń okazało się, iż zwierzęta serji kontrolnej nieoperowane dostawały raka pod wpływem drażnienia smołą mniejwięcej na 70-ty dzień od rozpoczęcia smarowania. Guzy rakowe kontroli nie przekraczały wielkości grochu, nawet po kilkunastomiesięcznem smarowaniu, nie wykazując tendencji rozpadowej. Natomiast w serji zwierząt z usuniętą grasicą rak wystąpił u niektórych już na 18 dzień, a po 60 dniach obejmował całe ucho, przerastając miąższ i wykazując wyraźnie charakter rozpadowy. Rak rozpadowy był typowym dla serji z usuniętą grasicą i wystąpił u wszystkich zwierząt tej serji, doprowadzając w krótkim czasie do charłactwa i śmierci.

Zwierzęta z usuniętą tarczycą i gruczołem przytarczycznym dały nieco mniejsze przyśpieszenia, ale znaczne. Rak wystąpił u niektórych na 24 dzień smarowania, rosnąc nieco wolniej od bezgrasicowej serji, wykazując skłonność do rogowacenia, a nie rozpadu.

Charakter ten występował u wszystkich zwierząt tej serji, podkreślając jej odrębność. Pojedyncze guzy dochodziły do znacznych rozmiarów śliwki i większych po 70 — 80 dniach. Ogólny stan niezły, charłactwo występowało stopniowo.

Kastrowanie samców również przyśpieszyło powstawanie nowotworów, jednak mniej niż w serjach poprzednich. Rak powstawał na 30 dzień smarowania. Dalszy rozrost natomiast niezwykle szybko. Po 55 — 60 dniach powstały b. duże guzy. Charakter guzów mieszany, przeważnie rozpadowy. Rozpad następował dopiero po dojściu guzów do dużych rozmiarów. Ogólny stan zwierząt dość dobry, dopiero po kilku miesiącach szybko postępowało wyniszczenie i śmierć.

Zupełnie w innym kierunku wpływa usuwanie nadnercza. Niezważając na silny szok operacyjny, rak występuje dopiero najwcześniej na 150 dzień smarowania. Jest to wyraźnem zwolnieniem wzrostu. Guzki małe wielkości łebka szpilki, szybko rogowaciejące. Przy dłuższem smarowaniu, dwuletniem nawet, rozrosty prawie nie powiększają się. Wygląd guzów rakowych niezmiernie charakterystyczny wystąpił u wszystkizh zwierząt tej serji. Nadmienię tutaj, że Opel obecnie zaczął usuwać nadnercze u chorych rakowych, mając polepszenie po tej operacji.

Usunięcie jąder i grasicy razem przyśpiesza znacznie powstawanie raka. Występuje on na 27 dzień. Dalszy wzrost wolniejszy niż w bezgrasicowej i bezjądrowej serji osobno. Typ nowotworu bezgrasicowego z tendencją do rozpadu i szybkiego postępowania charłactwa.

Wszczepienie jąder i grasicy opóźnia znacznie powstanie raka. Guzy zjawiają się dopiero na 220 dzień. Termin zjawiania się guzów zgodny jest z pracami badaczy angielskich, pracujących nad przeszczepianiem gruczołów płciowych, którzy twierdzą, iż po 6 — 7 miesiącach gruczoł przeszczepiony ulega przerostowi tkanką łączną.

Ostatnia serja została stworzona wobec zachęcających wyników poprzednich doświadczeń. Miałem nadzieję, że uda mi się otrzymać odpowiedź na parę pytań, które mi się nasuwały: 1) czy wprowadzenie wyciągów z gruczołów poprzednio usuniętych zwierzętom doświadczalnym, posiadającym guzy rakowe, będzie miało wpływ na dalszy wzrost raka? — i 2) czy można będzie tą drogą leczyć nowotwory?

Do doświadczeń użyłem zwierzęta serji bezgrasicowej i bezjądrowej, ponieważ posiadały one największe rozrosty nowotworowe. Serją kontrolną służyły zwierzęta tych samych serji. Zwierzętom doświadczalnym zastrzykiwałem wyciągi z grasicy i jąder 20% przygo-

towane przez firmę Klawego. Injekcje były robione co drugi dzień każdemu królikowi doświadczalnemu.

Nie robiłem tych zastrzyków codziennie, uważając dawkę tą dla królików za dość dużą i bałem się wywołania wybitniejszego zaburzenia w korelacji gruczołów. Po dwóch injekcjach guzy zaczęły gwałtownie wysychać, niejako marszczyć się, zmniejszając się o połowę swojej pierwotnej wielkości, po trzech następnych zastrzykach wysuszone i zmarszczone części, zaczynając od obwodu i czubka guza, wykruszały się. Robiło to wrażenie podobne do procesów piknozy. Po pięciu dalszych zastrzykach, w czasie których zmiany w guzach występowały jak poprzednio, jednak w nieco wolniejszem tempie, guzy zaczęły mięknąć (mam na myśli większe, bo mniejsze uległy całkowitemu wykruszeniu), zmarszczki powstałe przy pierwszych zastrzykach wygładziły się częściowo, zwiększając jakby trochę objętość guzów, zresztą bardzo nieznacznie. Wobec braku jakichkolwiek zmian w tym czy innym kierunku po dwuch podanych następnie zastrzykach, w odstępach czasu i ilości, jak poprzednio, spróbowałem podwoić dawkę, to jednak również nie dało żadnego wyniku. Zestawiając wyniki ostatniej serji, należy zaznaczyć, że 1) każde zwierzę dostało po 18 zastrzyków, z czego 12 po 1 cm.^{3} 20$^0/_0$ wyciągu i 6 zastrzyków po 2 cm.^{3} 20$^0/_0$ wyciągu. Serją kontrolną dla tych doświadczeń służyły króliki, będące w identycznych warunkach życia i odżywiania, nie były one smołowane jak i doświadczalne, od chwili rozpoczęcia zastrzyków posiadające guzy i należące do serji bezgrasicowych lub bezjądrowych. Guzy serji kontrolnej rozwijały się dalej normalnie, nie wykazując żadnych specjalnych zmian. Natomiast guzy serji doświadczalnej zmniejszyły się bardzo wybitnie w sposób wyżej podany, dochodząc do 1/5 swojej pierwotnej wielkości. Małe guzki wykruszyły się bez możności po pewnym czasie znalezienia pierwotnego miejsca ich usadowienia, pozostawała normalna skóra wewnętrznej powierzchni ucha. Dalsze zmniejszanie się guzów większych absolutnie nie postępowało od czasu ich zmiękczenia nawet po wpływem podwojonej dawki wyciągów używanych do injekcji. Ciekawym jest fakt, że podczas gdy guzy kontrolnej serji rozrastały się dalej, dochodząc do dużych rozmiarów, guzy zwierząt injekowanych w ciągu 5 miesięcy nie wykazały żadnego powiększenia, ani też zmniejszenia od chwili zaprzestania zastrzyków. Wybitnej poprawy stanu ogólnego tych zwierząt nie stwierdza się.

Na pytania postawione przed rozpoczęciem tej ostatniej serji otrzymałem odpowiedź, której nie oczekiwałem, że wyciągi z gruczołów zmniejszają raki smołowcowe królików, niszcząc całkowicie małe

rozrosty i zmniejszając wielokrotnie duże guzy aż do chwili ich rozmiękczenia, poczem nie działają zupełnie, natomiast likwidują dalszy wzrost nawet bez ich stosowania.

Jak wynika z przytoczonych doświadczeń, grasica, tarczyca, gruczoły przytarczyczne i jądra powstrzymują atypowy rozrost tkanki rakowej, wobec czego należyte ich funkcjonowanie przypuszczalnie powinno uniemożliwić powstanie raka. Natomiast wydzielina nadnercza przyśpiesza i sprzyja rozwojowi raka, stwarzajac odpowiednie warunki do zaistnienia choroby. Tak się przedstawia sprawa u królików. Wyniki ostatniej serji leczonych zwierząt wykazują możność zmniejszenia i nawet całkowitego niszczenia tkanki nowotworowej. Narazie nie wysuwam stąd żadnych wniosków wobec konieczności sprawdzenia, czy nie działa tu poprostu wprowadzenie białka obcogatunkowego.

Ponieważ odchylenia stwierdzane w przemianie materji ludzi chorych na raka i królików doświadczalnych, jak to przedstawiłem wyżej, zależne są od tych samych gruczołów, z któremi przeprowadzałem doświadczenia, można z wielkiem prawdopodobieństwem przypuszczać, iż u ludzi procesy te przebiegają podobnie jak u królika. Wspominałem już, iż Opel zaczął usuwać nadnercze chorym rakowym uzyskując znaczne polepszenie. Jest to niewątpliwem potwierdzeniem słuszności wysuniętych koncepcji.

Dla udowodnienia tego twierdzenia należy zbadać krew ludzi zdrowych i chorych rakowych zapomocą interferometru celem ustalenia ilościowej zawartości we krwi wydzielin poszczególnych gruczołów dokrewnych. Jeżeli to da spodziewane wyniki, będziemy mogli dokładnie ustalać tą drogą typy konstytucjonalne skłonne do schorzenia rakowego i niepodatne. Dawałoby to możność zapobiegawczego leczenia. Rozwiązywałoby to również kwestję wczesnego rozpoznawania choroby, umożliwiając dokładne sprecyzowanie, z niedomogą jakiego gruczołu mamy do czynienia, a stąd istotne przyczynowe leczenie.

W najbliższym czasie przystąpię zarówno do zapowiedzianych badań z interferometrem, nad techniką których obecnie pracuję, jak i do sprawdzenia przyczyny zmniejszania się i znikania guzów rakowych u królików pod wpływem wprowadzania wyciągów gruczołowych.

Mam nadzieję, że będę miał zaszczyt zreferowania Panom ostatecznych wyników tych nowych badań.

W sprawie swoistego leczenia krztuśca

podał

Dr. A. DORTORT

pedjatra D. O. K. P., Stanisławów

Trudności, z jakiemi należało walczyć w lecznictwie krztuśca, mają swe źródło w dwóch zasadniczych momentach: w niejasnej patogenezie napadów kaszlu oraz w przewadze osobniczej wrażliwości ponad czynnik infekcyjny. Chociaż bowiem rola prątka Bordet-Gengou w etjologji krztuśca jest prawie powszechnie uznana, a miejsce jego zagnieżdżenia w organizmie pacjenta badaniami laryngoskopowemi i zmianami anatomopatologicznemi prawdopodobnie dostatecznie określone, to jednak moment wywołujący i mechanizm powstawania oraz przebiegu napadów kaszlu są dla nas dotychczas zupełnie ciemne. Nie wiemy też, jaka jest współzależność obu charakterystycznych czynników infekcji kokluszowej, a więc z jednej strony zmian lokalnych w górnych drogach oddechowych objawiających się nieżytem gardła, krtani i tchawicy, z drugiej zaś objawów ogólnego zakażenia, którego wyrazem są podniesiona ciepłota, leukocytoza oraz zmiany we krwi o charakterze obronnym. A w końcu osobnicza wrażliwość systemu nerwowego oraz wszystkie czynniki, które w ten czy inny sposób z systemem nerwowym chorego pozostają w związku, mogą do tego stopnia oddziaływać na obraz kliniczny kokluszu, że w jednej i tej samej epidemji spotykamy cały kalejdoskop objawów, od nieznacznego i krótkotrwałego kaszlu począwszy, do najcięższych, często się powtarzających napadów gwałtownego kaszlu ciągnącego się całemi miesiącami.

Biorąc pod uwagę wyżej wymienione trudności, nie zdziwimy się, gdy przy przeglądaniu literatury tyczącej się lecznictwa krztuśca napotykamy cały stos środków starających się drogą chemiczną, mechaniczną czy biologiczną zwalczyć zakażenie kokluszowe. Kramsztyk podzielił wszystkie środki używane w krztuścu na trzy grupy: na środ-

ki czysto objawowe np. narkotyki, na środki o charakterze suggestyjnym, jak zakładanie sondy żołądkowej, wreszcie na środki swoiste t. j. szczepionki i Tussalwinę. Każdy z tych środków ma swych gorących zwolenników, którzy podają zadawalające wyniki lecznicze, niemniej jednak odsetka opornych na działanie leku jest we wszystkich wypadkach wcale duża. Ten fakt dał asumpt Bayerowi do wypowiedzenia poglądu, że wartość leku przeciwkrztuścowego należy oceniać nie wedle dodatnich wyników, ale według ujemnych.

Wszystkie usiłowania lecznicze skierowywano dotychczas w kierunku zwalczania najważniejszego symptomu chorobowego, jakim są napady kaszlu kokluszowego. Toteż środki narkotyczne i przeciwkaszlowe grały tu zawsze najważniejszą rolę. Od chwili jednak odkrycia prątka Bordet-Gengou starano się z innego punktu widzenia osiągnąć efekt leczniczy: przez zwalczanie samego zakażenia na drodze swoistej obrony organizmu usunąć objawy chorobowe. Przedstawiciele tego kierunku opracowali metodę szczepień przeciwkrztuścowych. Ostatnio podał Kramsztyk nowy sposób zastosowania środków swoistych w leczeniu kokluszu: przeprowadza wkraplanie buljonu szczepionkowego do gardła, gdzie są usadowione zarazki chorobotwórcze. Stosowanie środków swoistych dało w wielu wypadkach znakomite wyniki, czy to przerywając, czy łagodząc napady kaszlu kokluszowego; ich wpływ jednak na samą infekcję nie da się jeszcze należycie ocenić ze względu na brak kryterjów charakteryzujących dostatecznie zakażenie krztuścowe. Toteż kwestja. jakie czynniki grają w działaniu środków swoistych najważniejszą rolę: czy specyficzne bakterje, czy pozajelitowo wprowadzone białko, czy tez działanie suggestyjne — pozostaje nadal otwarta.

Szczepionkę przeciwkrztuścową zastosowali poraz pierwszy Nicolle i Connor w r. 1912. Najbardziej przekonywujące dane statystyczne tyczące wyników terapeutycznych tej metody znajdujemy w sprawozdaniach ze szczepień w czasie epidemji kokluszu na wyspach Faroër. Krztusiec pojawia się tam co kilka lat i pociąga za sobą dziesiątki ofiar. Kiedy po raz pierwszy zastosowano szczepionkę, wykazano, że odsetka śmiertelności u nieszczepionych jest ponad 10 razy większa, niż u szczepionych. Autorowie holenderscy, niemieccy i amerykańscy potwierdzają w ogólnych zarysach korzystne wyniki szczepień, a niepowodzenia kładą na karb czy niedostatecznej ilości drobnoustrojów w 1 $cm.^3$, czy nieuwzględniania odmian laseczników Bordet-Gengou w danej szczepionce lub też braku bakterji towarzyszących, czy w końcu naskutek zastosowania szczepionki w zbyt późnym okresie chorobowym.

Bliższa analiza wyników leczniczych szczepionki przeciwkrztuścowej wykazuje istotnie, że nieuwzględnienie powyższych momentów może przyczynić się do osłabienia efektów terapeutycznych. I tak podnosili Bernueth i Hannemann, że szczepionka niemiecka wydana pod nazwą Tuscosan nie zawiera wystarczającej ilości ciał bakteryjnych. Potrzebna ilość dochodzi do 1000 miljonów zabitych drobnoustrojów w jednym cm.^{3}. Większe stężenie wykazują szczepionki niemieckie firmy Hoechst: 2—8 miljardów, duńskie — 10 miljardów i włoskie 12 miljardów w 1 cm.^{3} Niemałą też rolę odgrywa fakt, że istnieją cztery różne szczepy lasecznika Bordet-Gengou dające się wyodrębnić metodami biologicznemi. Chcąc więc uczynić zadość wymogom prawdziwej swoistości, należałoby w każdej epidemji określić typ wywołującega ją prątka i na tej podstawie używać tylko szczepionki danego szczepu lub też należałoby sporządzić szczepionki wielowartościowe. Wreszcie zwrócono uwagę na znaczenie drobnoustrojów towarzyszących prątkowi Bordet-Gengou, jak micrococcus catarrhalis, bacillus influenzae, gronkowce, paciorkowce i pneumokoki. Appel i Bloom oraz Russel otrzymali takiemi szczepionkami zadawalniające wyniki.

Co się tyczy terminu, w jakim należy rozpocząć zastrzyki, nadmienić trzeba, że wszyscy autorowie są za jaknajwcześniejszem ich stosowaniem. Niektórzy domagają się, by już w okresie zwiastunów zastosować pierwszy zastrzyk, inni przesuwają termin na okres nieżytowy. Wyniki w okresie konwulsywnym są znacznie mniej przekonywające, chociaż niektórzy autorowie (Bernueth, Benedix, Hoffmann i Hannemann) i tu mogli się poszczycić wyleczeniem, byle tylko szczepionka była dostatecznie skoncentrowana. Jeśli chodzi o zastosowanie szczepień w celu zapobiegania kokluszowi, co ma doniosłe znaczenie dla zakładów o większych skupieniach dzieci, to i na tem polu czyniono pewne próby. Rietschel zajął się dokładniej tą kwestją i podaje, że w czasie infekcji na swym oddziale zaszczepił zapobiegawczo pewną ilość dzieci i miał zadawalniające wyniki. Opierając się na jego doświadczeniu, zastosował Kaupe zastrzyki na większą skalę i poleca gorąco tę metodę zapobiegawczą, podając prawie stuprocentową pewność zabiegu. Natomiast Abraham i wielu innych miało negatywne wyniki.

Wśród głosów oceniających z dużem zadowoleniem efekty lecznicze szczepionki krztuścowej znajdujemy też zdania krytyczne autorów, którzy dają wyraz swym wątpliwościom co do jej wartości. Ostatnio podał Bayer z kliniki Czernego rezultaty swych badań, wedle których wynika, że szczepienia przeciwkrztuścowe stosowane

ambulatoryjnie dały wprost zadziwiające wyniki. I tak u około 50% dzieci wystąpiła bardzo znaczna poprawa stanu chorobowego, a nawet zupełne wyleczenie. Przez poprawę rozumie Bayer polepszenie apetytu, łagodniejsze napady kaszlu, spokojniejszy sen. Kiedy jednak zachęcony temi wynikami poddał ściślejszej obserwacji przypadki krztuśca leczone w klinice, doszedł do przekonania, że wyleczenia stwierdza się jedynie u dzieci powyżej 2 lat, podczas gdy u niemowląt i u dzieci psychicznie niedorozwiniętych nie dała ta metoda żadnych rezultatów. Wyprowadza więc wniosek, że mamy tu do czynienia tylko z działaniem sugestyjnem zastrzyku jako takiego.

Naszem zdaniem nie można tego poglądu uważać za ostatnie słowo w terapii swoistej krztuśca. Gdyby bowiem tak było, moglibyśmy z łatwością znaleść inne metody, któreby o wiele prędzej i mniej brutalnie dotarły na drodze sugestji do podświadomości dziecka, wywołując efekty lecznicze. A nadto doświadczenia wielu autorów i dane statystcczne wykazują dobre wyniki leczenia szczepionkami u dzieci poniżej lat dwu. Toteż pesymizm, jakim są owiane relacje Bayera z materjału klinicznego, liczącego zaledwio 19 przypadków, nie jest należycie umotywowany.

Przechodząc do przedstawienia przebiegu szczepień przeciwkrztuścowych, wykonanych przez nas w bieżącym roku, podnieść musimy, że nie stowaliśmy tej metody masowo, lecz wybieraliśmy materjał chorobowy specjalnie się nadający. Wykluczyliśmy wszystkie dzieci, które zgłosiły się po trzecim tygodniu choroby, t. j. te, które cierpiały już dłużej niż 10 do 14-tu dni na napady kaszlu spazmatycznego. Z pośród reszty dzieci dawaliśmy pierwszeństwo dzieciom poniżej 6-ciu lat, segregując je wedle ciężkości stanu chorobowego. Pacjenci z lekkiemi objawami krztuścowemi nie otrzymywali zastrzyków. Zapobiegawczo zabiegów nie wykonywaliśmy. Ogólna ilość szczepionych dzieci wynosiła 23, z tego niemowląt 7, poniżej 3 lat — 6. Zastrzyki rozpoczęliśmy w okresie objawów nieżytowych u 6-ciorga dzieci, w pierwszym tygodniu kaszlu napadowego u 13-ga, reszta przypada na 2-gi tydzień napadów spazmatycznych.

Używaliśmy szczepionki kokluszowej wydanej przez P. Z. H. w pudełkach zawierających po dwie fiolki à 200 i 2000 miljonów bakterji w 1-nym cm^3. Drobnoustrojów towarzyszących szczepionka nie zawiera. Wedle danych zawartych w dołączonem objaśnieniu winno się stosować zastrzyki co 2 — 3 dni podskórnie, zaczynając od dawki 50 milj. bakterji. Ponieważ ilość ta jest jednak wedle zdania większości autorów za małą, zaczynaliśmy od dawki 100 — 400 miljonów, podwajając dawkę za każdym następnym zastrzykiem. Jedynie u nie-

mowląt podwyższaliśmy stężenie bakterji ostrożnie. Ilość zastrzyków wynosiła przeciętnie 4—6, najwyższa dawka 4000 milionów bakterji. Prócz zastrzyków nie otrzymywały dzieci żadnych medykamentów.

Kryterja dla oceny wyników były następujące: przez wyleczenie rozumieliśmy stan odpowiadający popularnemu określeniu „przerwania kokluszu", t. zn. ustąpienie wszelkich objawów klinicznych choroby. Samoistne wyleczenia w 2 czy 3 tygodniu są jak wiadomo bardzo rzadkie, zwyczajnie bowiem dochodzi choroba w tym czasie do szczytu rozwoju. Toteż nagłe ustanie kaszlu, który dotychczas się wzmagał, wywoływało zawsze radosne sprawozdanie matek. Przez poprawę stanu chorobowego rozumieliśmy złagodzenie już istniejących napadów kaszlu, zmniejszenie ich częstości, poprawę apetytu, poprawę wagi pacjenta, spokojniejszy sen i t. d. O ile objawy kokluszowe nie rozwinęły się jeszcze całkowicie, jako względny efekt leczniczy określaliśmy utrzymanie częstości i ilości napadów oraz wymiotów na tym poziomie, który normalnie określamy jako bardzo łagodny krztusiec. Gdy zaś widzieliśmy, że obraz chorobowy rozwija się tak, jak to zwykliśmy obserwować u dzieci, które nie otrzymywały żadnych leków — wówczas mówiliśmy o braku efektu leczniczego.

Zupełne wyleczenie nastąpiło u 6-ga dzieci: u jednego w wieku 8-miu miesięcy, u dwojga dwuletnich, u dwojga poniżej 6-ciu lat, u jednego 8-mioletniego. Poprawę obserwowaliśmy u 6-ga dzieci, u 11-ga nie było wyniku leczniczego. Należy jednak podkreślić, że z tych ostatnich u 5-ga dzieci wykonano z rozmaitych przyczyn tylko 3 zastrzyki. Wyniki więc dodatnie przekraczają 50% — cyfra odpowiadająca mniej więcej liczbom podanym przez większość autorów. Biorąc pod uwagę fakt, że nie mamy dotychczas żadnego innego środka, któryby wykazywał tak wybitne działanie w leczeniu krztuśca, że wszystkie środki farmakologiczne wywieraią wpływ narkotyczny i to tak długo, jak długo je podajemy, zastosowanie szczepionki przeciwkrztuścowej należy uważać za duży krok naprzód w terapji kokluszu. Coprawda jeszcze wiele pozostaje do zrobienia, by uczynić tę metodę zupełnie pewną w zastosowaniu. Usiłowania idą w kierunku odpowiedniego przyrządzenia szczepionki, należytego jej stężenia oraz wypracowania sposobu jej wstrzykiwania na podstawie doświadczeń naukowych. I tak np. Japończycy (Fukushima) udoskonalili sposób sporządzania szczepionki przez ekstrahowanie eterem substancyj tłuszczowych, które znajdują się w dużym procencie w prątkach Bordet-Gengou. Wyniki lecznicze tych szczepionek mają być o wiele lepsze. Stettner zaś radzi stosować szczepionkę dwa razy tygodniowo w możliwie wczsnem stadjum chorobowem, twierdząc,

że ta metoda najlepiej nadaje się do pobudzenia organizmu do wywórczości ciał obronnych.

A teraz kilka przykładów. 1) Alina W., 8 miesięcy, kaszle od 2 tygodni, od 7 dni typowe napady kaszlu spazmatycznego. Ilość napadów do 22 razy na dobę. Pierwszy zastrzyk dnia 3/I w ilości 50 milj bakterji, po zastrzyku ilość napadów zmniejsza się do 15 na dobę. 5/I drugi zastrzyk 100 milj. bakt., ilość napadów 14, po trzecim zastrzyku napady znacznie łagodniejsze. Czwarty zastzyk 9/I 200 milj. bakt.: po trzech dniach dziecko prawie zupełnie nie kaszle, ma dobry apetyt. A zatem cztery zastrzyki w przeciągu 7 dni wystarczyły do wyleczenia.

2) Marja B. lat 6. Kaszle od 2 tygodni, od 6 dni ataki kaszlu z wymiotami, zupełny brak apetytu, obrzęki powiek, lekka sinica warg. Pierwszy zastrzyk 14/I w ilości 150 milj. bakt., w następnym dniu dziecko prawie że nie kaszlało, dopiero w dwa dni po zastrzyku powróciły napady kaszlu w tej samej ilości co poprzednio. 17/I drugi zastrzyk 400 milj. bakt.: napady kaszlu spotęgowały się. 19/I trzeci zastrzyk 800 milj., stan dziecka poprawił się znacznie, dziecko ma tylko napady kaszlu. 22/I — 1100 milj bakt.: dziecko przestało zupełnie kaszleć.

3) Karol Z. noworodek. Dwoje dzieci z rodzeństwa cierpi na koklusz. Dziecko zaczyna kaszleć około 10-go dnia życia; po 6-ciu dniach kaszel staje się dźwięczny, wysoki. 20-go dnia spazmatyczny, wybuchowy. Napady kaszlu częste, do 15 dziennie, połączone z sinicą, niekiedy z wymiotami. Stan bardzo ciężki. Dziecko poczyna tracić na wadze. Rozpoczynamy zastrzyki 21-go dnia życia t. j. w 10-tym dniu choroby, co drugi dzień, począwszy od 20 milj. bakt., stopniując powoli do 800 milj Przy szybkiem zwiększaniu ilości wstrzykiwanych bakterji stwierdziliśmy nazajutrz po zastrzyku pogorszenie stanu chorobowego. Przy łagodnem stosowaniu ataki stają się słabsze, apetyt się polepsza: w trzecim tygodniu choroby dziecko poczyna szybko przybierać na wadze. Wyleczenie w 6-tym tygodniu. Prócz zastrzyków stosowano Tussalwinę, inhalacje olejków balsamicznych, Fortossan oraz skoncentrowane odżywianie.

Prócz szczepionek P. Z. H. są w handlu też szczepionki firmy Spiess pod nazwą Neo-Dmetys. Zawierają one 250 milj. prątków Bordet-Gengou w 1 cm^3. Stosowaliśmy je w 3 przypadkach. W dwóch nie widzieliśmy żadnego wpływu na przebieg sprawy chorobowej, w jednym kaszel ustąpił po użyciu 5 ampułek.

W dziedzinie swoistego leczenia krztuśca mamy ostatnio do zanotowania nowy środek leczniczy zwany Tussalwiną wyrobu firmy

Klawe. Wychodząc z tego założenia, że koklusz jest chorobą zakaźną, usadowioną w górnych drogach oddechowych, sporządził Kramsztyk według metody Besredki buljon szczepionkowy z prątków Bordet-Gengou oraz z bakterji towarzyszących. Drogą rozpylania pulweryzatorem zostaje ów buljon wprowadzony do gardła, gdzie wywiera wpływ na miejscowe stosunki fizykochemiczne oraz ma działanie swoiste. Wedle Kramsztyka już po 2 — 3 dniach daje sią zauważyć poprawa stanu chorobowego bez względu na okres chorobowy. Myśmy stosowali Tussalwinę u 8-miu chorych. Pokazaliśmy matkom w jaki sposób należy rozpylać środek leczniczy i polecaliśmy wykonywać zabieg 3 razy dziennie pulweryzatorem Rutkowskiego. U trojga dzieci zastosowaliśmy w późnym okresie chorobowym: nie widzieliśmy żadnego efektu (np. jedna pacjentka w wieku lat 8-miu rozpoczęła leczenie w 4-tym tygodniu choroby i kaszlała jeszcze 5 tygodni, podczas gdy jej brat leczony od ósmego dnia choroby zastrzykami szczepionki przestał kaszleć po dwóch tygodniach). Natomiast czworo dzieci w zakładzie sierocym, u których zaczęto leczenie w 1-ym tygodniu choroby, przechodziło lekki krztusiec trwający 2 — 3 tygodnie. Być może, że matki nie umiały należycie obchodzić się z przyrządem inhalacyjnym w przeciwieństwie do zawodowych pielęgniarek w zakładzie. Dodatnią stroną metody buljonowej Kramsztyka jest wyeliminowanie zastrzyków, tak niechętnie stosowanych w wieku dziecięcym, oraz możliwość bezpośredniego działania na samo ognisko chorobowe; trudność stanowi sam akt rozpylania, który musi być umiejętnie wykonany, czego naogół nie można się spodziewać po rodzicach pacjenta, oraz małe prawdopodobieństwo, by tą metodą rozpylany płyn dostał się aż do oskrzeli, gdzie jeszcze bakterje kokluszu mogą się znajdować. Dalsze badania wykażą wartość tej metody leczniczej.

Z Lecznicy Kolejowej w Poznaniu.
Kierownik Oddziału Chirurgicznego
Dr. Parczewski.

Przyczynek do rozwoju nowotworów dobrotliwych i znaczenie wczesnego zabiegu operacyjnego jako czynnika leczniczego.

podał
Dr. ANTONI PAUL

Nauka o nowotworach jest jednym z ważnych działów wiedzy lekarskiej. Złośliwe nowotwory powodują straszne spustoszenia w organizmie ludzkim. Zwalczanie ich przy dzisiejszym stanie wiedzy, szczególnie w przypadkach daleko posuniętych, jest zazwyczaj bezskuteczne. Nie znamy samej przyczyny powstawawania guzów nowotworowych, nie wiemy jak im zapobiegać. Śmiertelność z powodu nowotworów złośliwych jest bardzo znaczna, prawie taka, jak śmiertelność z powodu gruźlicy. Ale nie tylko guzy o charakterze złośliwym przedstawiają wielkie niebezpieczeństwo. Niekiedy i dobrotliwe nowotwory mogą wywołać poważne powikłania w ustroju ludzkim, zagrażając samemu życiu. Skuteczne leczenie w przypadkach nowotworów złośliwych, jak i dobrotliwych, polega na jaknajwcześniejszem stwierdzeniu guza i jaknajrychlejszem jego usunięciu drogą operacyjną, o ile ogólny stan organizmu chorego nie stanowi przeszkód. Wszystkie guzy w obrębie jamy brzusznej należy wycinać zaraz po ich stwierdzeniu, nawet wówczas jeżeli nie mamy żadnych danych, świadczących o ich złośliwości. Konieczne jest jaknajrychlejsze wycięcie guza nawet dobrotliwego, bo nie wiemy, czy on nie okaże się guzem o charakterze złośliwym, nie wiemy, jaki będzie jego dalszy rozwój. Jak wynika z przypadków obserwowanych i leczonych w naszej Lecznicy, nawet guzy dobrotliwe mogą wywoływać ciężkie zaburzenia w organizmie.

Poppert obserwował kilka przypadków guzów powłok brzusznych u kobiet w wieku około 30 lat; jego zdaniem powstają one szczególnie w czasie ciąży, względnie po przebytej ciąży. Wychodzą z reguły ze ścięgien mięśni brzusznych. Ulubionem ich miejscem jest mięsień prosty, choć i w dolnych częściach powłok brzusznych w obrębie mięśni płasko-wachlarzowatych spotkał je autor dwukrotnie. Pod względem histologicznym opisane przez niego guzy przedstawiały utkanie włókniaka, a w jednym przypadku mięsako-włókniaka (fibrosarcoma). Guzy te nie sprawiały chorym żadnych dolegliwości.

Nils Hellström opisał 45 przypadków dobrotliwych guzów przewodu pokarmowego, w przeważnej części tłuszczaków. Z nich 3 znajdowały się w obrębie żołądka, 6 w obrębie dwunastnicy, 5 w jelicie krętem, 6 w jelicie czczem, a 20 w okrężnicy. Połowę przypadków stwierdzono dopiero na stole sekcyjnym.

Lanz miał możność obserwowania polipów, tłuszczaków i naczyniaków w obrębie przewodu pokarmowego.

Lauenstein opisał przypadek mięśniako-włókniaka (fibromyoma), który wychodził z sieci i przerastał poprzecznicę.

Kropf opisał torbiel dermoidalną prawego jajnika zrośniętą z jelitem cienkiem.

Guzy, szczególnie dobrotliwe, wychodzące z powłok brzusznych, a powodujące w obrębie jamy brzusznej silne zrosty i stany zapalne, należą do rzadkości. Częściej zdarzają się guzy wychodzące z narządów wewnętrznych jamy brzusznej, które powodują zrosty i ubytki w przyległych tkankach. Obserwowane i leczone u nas przypadki dotyczące kobiet od 30 do 40 lat świadczą wymownie o tem, jak daleko może się posunąć dobrotliwa sprawa nowotworowa i jakie spustoszenie w organizmie może wywołać.

Pierwszy przypadek dotyczy chorej (Historja choroby № 7715) L. A.: lat 36, zamężna od lat dziesięciu, dzieci siedmioro, mąż zdrów, matka żyje jeszcze. Ojciec, jak chora podaje, zmarł „na serce". Chora poważniejszych schorzeń nie przechodziła. Przed pół rokiem zauważyła w lewem podbrzuszu guz wielkości śliwki twardy. Guz ten nie sprawiał chorej żadnej dolegliwości. Ponieważ powyższy guz z biegiem czasu się powiększał, chora udała się pod opiekę lekarską.

Badanie objektywne: przy przyjęciu do Lecznicy dnia 12.I.1931 stwierdzono: chora dobrze odżywiana, wzrostu wysokiego. W lewem podbrzuszu powyżej spina illiaca ant. sup. w obrębie mięśnia szerokiego grzbietu stwierdza się guz o konsystencji bardzo twardej, wielkości dużego orzecha włoskiego, nieprzesuwalny, prawdopodobnie włókniak. Przy naciskaniu na powyższy guz chora nie odczuwa bólu,

apetyt ma bardzo dobry, może jeść wszystko, stolec ma regularny. Dalsze badania kliniczne nie wykazały żadnych zmian chorobowych w płucach i w sercu. Narządy jamy brzusznej bez zmian. Przy badaniu ginekologicznem stwierdza się: macica w przodozgięciu, dno sięga nieco powyżej spojenia łonowego, objaw Hegara dodatni, ujście zamknięte. Chora podaje, że ostatni normalny perjod miała 25.X-1930, od tego czasu nie miesiączkowała, jest więc w drugim miesiącu ciąży. Badanie krwi: hemoglobiny $78^0/_0$, erythrocytów 4.000.000, leukocytów 8.200. W obrazie krwi zmian patologicznych nie stwierdzono. W moczu nie wykryto żadnych składników patologicznych; Wassermann —. Opad krwi: 15/1 Westergren. Ciśnienie krwi: 140/105 mm Hg. Chora nie gorączkuje. Tętno miarowe. Wykonane zdjęcie roentgenologiczne przewodu pokarmowego nie wykazało żadnych zmian w dolnych jego odcinkach.

Wobec powyższych danych, nie mając pewności co do charakteru guza, a obawiając się jego złośliwości, zdecydowano się, mimo istniejącej ciąży, na zabieg operacyjny.

Zabieg operacyjny: 24.1-1931 r. w narkozie eterowej przeprowadzono cięcie długości 15 cm. w odległości 5 cm. powyżej grzebienia miednicy. Po odsłonięciu tkanki podskórnej odsłonił się guz wrośnięty w powięź mięśnia szerokiego grzbietu i przerastający jednocześnie powierzchowną powięź brzuszną. Guz wielkości śliwki wycięto, powstały ubytek pokryto, zeszywając ze sobą włókna mięśnia szerokiego grzbietu i przeprowadzając plastykę ubytku powięziowego. Po zeszyciu tkanki podskórnej i skóry założono opatrunek aseptyczny.

Wycięty guz przesłano do zbadania histopatologicznego: włókniak (fibroma).

Stan pooperacyjny chorej był bardzo dobry. Chora nie gorączkowała, bólów nie miała. Rana zgoiła się per primam. 14.2-1931 r. wypisana jako wyleczona przy objawach dalej postępującej ciąży.

W powyższym przypadku mieliśmy chorą bardzo dobrze odżywianą, nie odczuwającą żadnych dolegliwości; również żadnych zmian chorobowych nie obserwowaliśmy. Badania kliniczne i laboratoryjne nie wskazywały na sprawę nowotworową; mieliśmy jednak guz znajdujący się w głębi powłok brzusznych. Dlatego uwzględniając warunki dalszego rozwoju ciąży i niebezpieczeństwo możliwości szybkiego rozrostu omawianego guza, wykonaliśmy zabieg operacyjny, który w zupełności potwierdził nasze rozpoznanie kliniczne.

W drugim przypadku chodzi o chorą (historja choroby № 8181) O. H: lat 30, zamężna od ośmiu lat, mąż ma 31 lat, jest zdrów. Dzieci dwoje; jedno siedem, a drugie trzy lata, zdrowe, porody były normalne. Ojciec

i matka żyją, bracia i siostry są zdrowi. Chora podaje, że żadnych chorób nawet lżejszych nie przechodziła. W listopadzie 1930 roku wyczuła przez dotknięcie w okolicy śródbrzusza guz twardy, zupełnie niebolesny na ucisk. Apetyt miała bardzo dobry, mogła jeść wszystko, stolec miała regularny. Pod opiekę lekarską udała się, ponieważ guz w jamie brzusznej stopniowo się powiększał.

Badanie objektywne. Przeprowadzone badanie chorej przy przyjęciu do Lecznicy w dniu 6.VII-1931 r. wykazało: odżywienie chorej bardzo dobre. Chora ruchliwa, bólów nie odczuwa żadnych. W powłokach lewego nadbrzusza wyczuwa się guz o spoistości bardzo twardej, wielkości dużej śliwki, nieprzesuwalny. Przy naciskaniu na powyższy guz, jak również i przy wymacowywaniu go chora nie odczuwa bólu. Dalsze badania kliniczne wykazały: płuca i serce bez zmian patologicznych; w narządach jamy brzusznej również nie stwierdzono żadnych chorobowych odchyleń. Chora nie gorączkowała, tętno było miarowe 80/min. Badanie krwi: hemoglobiny 93%, erythrocytów 5.200.000, leukocytów 7 800. W obrazie krwi form patologicznych nie wykryto. Również i w moczu składników patologicznych nie było. Ciśnienie krwi wynosiło: 130/95 mm. Hg. Opad krwi: 10/I Westergren. Wykonane zdjęcie roentgenologiczne przewodu pokarmowego nie wykazało zmian w konturach żołądka, jak również i w obrębie jelit cienkich i grubych.

Wobec powyższego przypuszczano istnienie włókniaka powłok brzusznych. Po odpowiedniem przygotowaniu chorej przeprowadzono opisany poniżej zabieg operacyjny.

Zabieg operacyjny: 11.VII-1931 r. w narkozie eterowej wykonano cięcie długości 20 cm. początkowo wzdłuż lewego łuku żebrowego, następnie w linji sutkowej równolegle do smugi białej. Po przecięciu skóry i odsunięciu tkanki podskórnej odsłonięto pochewkę mięśnia prostego. W odległości około 5 cm. od łuku żebrowego w linji sutkowej widać było wypuklenie przedniej listewki pochewki mięśnia prostego brzucha spowodowane przez guz. Powyższą listewkę przecięto celem udogodnienia sobie dostępu dla wyłuszczenia guza, który tkwił w górnej części lewego mięśnia prostego brzucha, zajmując prawie całą jego szerokość. Guz wielkości dużej śliwki wypreparowano, nie naruszając przytem tylnej ściany pochewki mięśnia prostego, ponieważ omawiany guz w stronę jamy brzusznej nie postępował, tak że jamy brzusznej nie otwarto. Plastyka omawianej części ściany jamy brzusznej była utrudniona z powodu znacznego ubytku w obrębie mięśnia prostego, jak i przedniej ściany pochewki tegoż mięśnia. Celem zapobieżenia powstaniu przepukliny poope-

racyjnej zeszyto jaknajdokładniej przednią ścianę pochewki mięśnia prostego, do której miejscami przyszyto pozostałe włókna mięśnia prostego brzucha. Po ostatecznem zeszyciu tkanki podskórnej i skóry założono opatrunek aseptyczny. Badanie histopatologiczne wyciętego guza wykazało: włókniak (fibroma).

Stan pooperacyjny chorej był bardzo dobry: nie gorączkowała, czuła się dobrze. Rana zgoiła się per primam. Wypisana jako wyleczona 28.7-1931 r.

W opisanym przypadku mieliśmy znowu guz o charakterze dobrotliwym, którego utkanie histologiczne podobnie jak w przypadku pierwszym przedstawiało obraz włókniaka. Sama sprawa chorobowa była jednak już dalej posunięta. Guz położony w okolicy górnego odcinka lewego mięśnia prostego brzucha, o większych rozmiarach jak poprzedni, okazywał tendencję do przerostu tylnej ścianki pochewki mięśnia prostego brzucha, o czem świadczyły odnośne poprzecinane podczas operacji zrosty. Gdyby się chora nie poddała operacji i opisany guz nie został usunięty drogą radykalnego zabiegu, nie jest wykluczone, że mogłyby powstać poważniejsze powikłania, ponieważ guz, posiadający wprawdzie charakter dobrotliwy, wykazywał tendencję do szybkiego rozrostu i przerostu oddzielającej go od otrzewnej tylnej ścianki pochewki lewego mięśnia prostego brzucha; w dalszym rozwoju ten proces chorobowy mógł sprowadzić groźniejsze dla organizmu powikłania, jak to miało miejsce w przypadku następnym, trzecim.

Dotyczy on chorej (Historja Choroby № 6180) W. H.: lat 26, zamężna od czterech lat, ma dwoje dzieci, są zdrowe, porody były normalne. Ojciec i matka żyją, są zdrowi. Chora podaje, że poważniejszych chorób nie przechodziła Obecne cierpienie zaczęło się w styczniu 1929 r.: chora odczuwała nudności po jedzeniu, niekiedy wymiotowała; w okolicy śródbrzusznej miewała boleści, nie miała apetytu, czuła się osłabioną; w śródbrzuszu wyczuwała już od roku guz wielkości kurzego jajka. Dopiero dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, jakie miała chora od kilku miesięcy, zmusiły ją do udania się pod opiekę lekarską.

Badanie objektywne. Po przyjęciu do lecznicy przeprowadzono badanie chorej, które wykazało: chora wzrostu średniego, odżywienie mierne, cera blada. Chora jest apatyczna, skarży się na ból w okolicy pierścienia pępkowego. Szczegółowe badanie: w płucach i sercu poważniejszych zmian chorobowych nie stwierdzono; w obrębie jamy brzusznej poniżej pępka nieco ku stronie lewej wyczuwa się guz wielkości jaja kurzego o konsystencji twardej, nieco przesuwalny,

przy ucisku i poruszaniu bolesny. Zdjęcie roentgenologiczne wykazało normalne kontury żołądka, natomiast w obrębie poprzecznicy, w połowie jej długości, widać znaczne zwężenie, przez które z trudem przesuwa się treść kontrastująca. Pozostała część przewodu pokarmowego roentgenologicznie bez zmian. Chora nie gorączkowała, tętno było miarowe 85/min., ciśnienie krwi: 140/95 mm Hg., Wassermann —. Badanie krwi: hemoglobiny 62°/$_0$, erythrocytów 2.900.000, leukocytów 8.200. W obrazie krwi form patologicznych nie widać. Badanie treści żołądkowej wykazało nieznaczną nadkwasotę (wolny HCl 32, ogólna kwasota 60). W moczu nie wykryto składników patologicznych. Wyniki badań klinicznych i laboratoryjnych wskazywały na obecność guza w jamie brzusznej. Charakter tego guza na podstawie powyższych badań nie był ustalony. Po należytem przygotowaniu chorej przystąpiono 4.7-1929 r. do operacji.

Zabieg operacyjny. W narkozie eterowej wykonano cięcie skórne wzdłuż smugi białej. Po przecięciu przedniej ściany pochewki lewego mięśnia prostego brzucha uwydatniły się zwyrodniałe włókna mięśniowe zrośnięte z tylną ścianą pochewki i z otrzewną ścienną. Opisane warstwy były wskutek stanu zapalnego ze sobą zespolone. Po otwarciu jamy brzusznej, przecinając ścianę tegoż mięśnia prostego brzucha, obok szerzącej się wgłąb jamy brzusznej sprawy nowotworowej stwierdzono, że guz większych rozmiarów, słabo przesuwalny w obrębie jamy brzusznej, wychodzący z powłok brzusznych, przerasta ścianę brzuszną, łącząc ją z poprzecznicą i jelitem krętem, przedstawiając się jako konglomerat tkanek zmienionych nowotworowo. Wykonano wycięcie nowotworowo zmienionej części poprzecznicy długości 15 cm. i jelita krętego długości 12 cm. Guz usunięto wraz z chorobowo zmienioną częścią powłok brzusznych. Światło jelit zamknięto i wykonano zespolenia boczne odcinków jelita grubego i odcinków jelita krętego celem przywrócenia anatomofizjologicznej ciągłości. Plastyka przedniej ściany brzusznej była utrudniona z powodu znacznego pooperacyjnego ubytku tkanek. Zeszyto jaknajdokładniej w miarę możności ze sobą przednią i tylną ścianę pochewki mięśnia prostego oraz otrzewną. Badanie histopatologiczne wyciętego guza wykazało: włókniak (fibroma) z przewlekłym procesem zapalnym.

Po zeszyciu skóry i tkanki podskórnei założono opatrunek aseptyczny.

Po zabiegu operacyjnym wskutek osłabienia akcji serca zastosowano wlew fizjologicznego rozczynu soli kuchennej i zastrzykiwano środki nasercowe; po godzinie tętno poprawiło się, a po trzech dniach wróciło do normy. Rana zgoiła się per primam. Chora czuła się do-

brze, nie miała żadnych dolegliwości. 30.VII-1931 r. została wypisana jako wyleczona.

Po roku chora była badana ponownie i przepukliny pooperacyjnej w miejscu wykonanej operacji nie stwierdzono, również wszelkie dolegliwości przedmiotowe jak i podmiotowe, stwierdzane przed wykonaniem zabiegu operacyjnego, obecnie ustały.

Przypadek powyższy świadczy wymownie o tem, jak ciężkie i zagrażające życiu zmiany chorobowe może wywołać guz o charakterze dobrotliwym. Guz ten sprawiał chorej znaczne dolegliwości, powodował przez zwężenie jelit zaburzenia w obrębie przewodu pokarmowego i mógł wreszcie całkowicie przerwać ciągłość przewodu pokarmowego. Jak wykazał zabieg operacyjny, wyjęty guz wrastał w warstwy ściany brzusznej, przerastając otrzewną ścienną wraz z powięzią wewnątrzbrzuszną, poprzecznicę i jelito kręte. Guz w miarę dalszego rozwoju spowodowałby poważne powikłania, któreby się skończyły zejściem śmiertelnem.

Z opisanych powyżej przypadków, okazale przedstawiających okresy rozwoju guza jednego i tego samego charakteru, wynika, że nie należy lekceważyć żadnych guzów w obrębie powłok brzusznych. Naogół nie jesteśmy pewni, tylko na podstawie badań klinicznych, bez zbadania histologicznego, charakteru guza; a nawet jeżeli na podstawie obserwacji klinicznej i przeprowadzonych dokładnych badań techniczno-naukowych przypuszcza się istnienie sprawy dobrotliwej, mimo to zaleca się jednak zabieg operacyjny w celu usunięcia nowotworu w stadjum początkowem, by nie dopuścić do poważnych powikłań, jakie w ostatnim przypadku zostały stwierdzone. Słusznem więc będzie twierdzenie, że wszystkie guzy czy to o charakterze złośliwym, czy też dobrotliwym należy jaknajwcześniej usuwać. Nawet wówczas, kiedy istnieje tylko podejrzenie na obecność sprawy nowotworowej, wskazanem jest wykonanie próbnej laparatomji, o ile nie istnieją poważne przeszkody ze strony ogólnego stanu organizmu.

Jakże cenne jest więc nawoływanie lekarzy całego świata przez Prof. chirurgji Eiselberga podczas jego wykładu klinicznego w roku 1931, gdy wykładowca, posiadający wielką rutyną chirurgiczną, zwrócił się z prośbą o jaknajwcześniejsze skierowywanie do chirurgów chorych, u których stwierdzono zespół objawów chorobowych wskazujących na możliwość istnienia w organizmie początkowej sprawy nowotworowej.

Piśmiennictwo:

Aschoff: Pathol. Anatomie.
Mathes: Lehrbuch der Differentialdiagnose der inneren Krankheiten.
Kocher: Chirurgische Operationslehre.
Prakticky Lekar 1928 Velich.
Wullstein, Küttner: Lehrbuch der Chirugie.
Węglowski: Chirurgja operacyjna.

Streszczenia

Dr. Podesta. Okulista kolejowy w Torgau. **„O t. zw. praktycznem badaniu zdolności odróżniania barw na odległość.“** Zeitschr. f. Bahnärzte Nr. 5.

Ponieważ na międzynarodowych naradach w komisjach ma być poruszana sprawa ujednostajnienia określeń, tyczących się zdolności wzrokowej personelu kolejowego, przeto autor uważa, że kwestja ta zasługuje na uwagę. Z powodu ośrodkowego, można powiedzieć, położenia kolei niemieckich w stosunku do kolei państw sąsiednich występuje potrzeba zapoznania się z przepisami, istniejącemi w tym względzie na kolejach tych państw oraz potrzeba zajęcia względem nich stanowiska krytycznego. W Niemczech i w większości okręgów kolejowych graniczących z Niemcami t. zw., ,,praktyczne badanie“ odróżniania barw za pomocą sygnałów barwnych jest oddawna zarzucone. Tymczasem ze zdziwieniem należy stwierdzić, że zarząd kolei francuskich w Alzacji i Lotaryngji, o ile zdaje się, zamierza powrócić do tej przestarzałej i oddawna zastąpionej przez lepsze i pewniejsze metody badania. Badania, prowadzone w różnych odległościach od sygnałów, dowiodły, że odległość w zdolności odróżniania barw nie odgrywa żadnej roli. Osobnik z daltonizmem nie może odróżnić barw zarówno w odległości 30 jak i 300 metrów. W celu możliwie dokładnego naśladowania warunków rzeczywistości sygnały są zmieniane w bardzo krótkich odstępach czasu: co 3 sekundy. Z tarcz jedna posiada 2 światła, druga tylko jedno. Światła te zmieniają się tak szybko, jak i sygnały alarmowe. Badany osobnik winien równie szybko odpowiadać, jakie 3 barwy spostrzega. Zupełny daltonik całkowicie nie orjentuje się, ci zaś, którzy cierpią na daltonizm w stopniu ograniczonym, nie mogą wskazać rodzaju barwy z żądaną szybkością.

Nocne badania za pomocą latarni barwnych powtarzane są w dzień za pomocą sześcianów z drzewa. półmetrowej długości, których każda z powierzchni pomalowana jest jedną barwą: czerwoną, zieloną, żółtą, niebieską, szarą i czarną. Badanie za pomocą świateł barwnych

daje wyniki wyraźniejsze, badanie za pomocą sześcianu z drzewa potwierdza przeważnie to, co osiągnięto za pomocą światła.

Dniem dokonywa się badania siły wzroku. Należy stwierdzić, czy maszynista z odległości 300 — 600 metr. (stosownie do jasności dnia) może rozpoznać sygnały.

Jak dowiódł już dr. Dorff (Rastalt) w referacie swym i jak stwierdza autor, metoda powyższa zupełnie nie wystarcza obecnie w badaniu zdolności odróżniania barw, opartem na podstawach naukowych. Posiada ona tę stronę ujemną, że nie zgadza się w zupełności z warunkami rzeczywiście istniejącemi. Badany zwraca, przy użyciu tej metody, całą swą uwagę na 3 światła, których położenie zna doskonale, gdy tymczasem, pełniąc obowiązki służby swej, musi on mieć skierowaną uwagę jednocześnie na swój parowóz i na tor z jego niespodziewanie zjawiającym się sygnałem świetlnym. Dalej, jest niemożliwem przy tem badaniu, znaleźć te wszystkie warunki, które mogą mieć miejsce w czasie pełnienia obowiązków służbowych, jak dym, mgła, deszcz, śnieg, zmniejszone ewent. zmienione oświetlenie i t. p.

Ujemną stronę tej metody stanowi również zależność wyników badania od właściwego nazwania barwy i od szybkości, z jaką dany osobnik daje swe odpowiedzi. Na zasadzie doświadczenia można powiedzieć, że właściwe nazwanie barwy nie jest jeszcze pewnym dowodem istnienia zupełnej zdolności poznawania barw, a odpowiedzi opieszałe przy badaniu mogą mieć inne zupełnie powody, lecz nie zaburzenia w poznawaniu barw. Cała więc ta metoda, tak zdaniem d-ra Dorffa jak i autora, może posiadać wogóle znaczenie jedynie doświadczenia porównawczego. Stosowane na kolejach niemieckich przepisy (Tauro) w zakresie badania zdolności rozpoznawania barw są najlepsze, co zresztą było jednogłośnie ustalone niedawno na międzynarodowym kongresie w Amsterdamie.

L. Kalic.

Dr. Gilbert (Drezno). **„O powtórnych badaniach lekarskich na kolejach i o powtórnych badaniach oczu."** Zeitschrift f. Bahnärzte Nr. 7.

Autor powstaje przeciwko praktykowanemu ze względów gospodarczych w Dyrekcji kolejowej drezdeńskiej zwyczajowi badania wszystkich pracowników co pięć lat w jednym roku, zamiast badania co pięć lat, lecz z zachowaniem podziału całego materjału na każdy rok równomiernie, jak to praktykuje się w pruskich dyrekcjach kolejowych. Badanie znacznej ilości pracowników w ciągu jednego tylko roku (co pięć lat) zbytnio przeciąża pracą lekarzy i powoduje uchybienia w dokładności badania. Autor dlatego też specjalnie podkreśla

Hersberga, by każda opinja rejonowego lekarza kolejowego była starannie przejrzana i, niezależnie od tego, czy lekarz kolejowy poleca zasięgnięcie jeszcze opinji okulisty kolejowego lub nie, uważa za konieczne takie zasięgnięcie, o ile lekarz rejonowy stwierdza jakąś wadę lub ma wątpliwości. Zbadanie całej sprawy i opinja ostateczna jest obowiązkiem lekarza naczelnego. Jest ona niezbędna nietylko ze względów bezpieczeństwa ruchu kolejowego i pracy na kolei, lecz również z tytułu szeroko zakreślonej opieki nad pracownikami kolejowymi. Autor zwraca w końcu uwagę na konieczność jaknajdokładniejszej biegłości i umiejętności badania zdolności odróżniania barw. Tylko w tym przypadku ostateczna opinja lekarza kolejowego będzie miarodajną, badanie zaś sprawdzające, dokonywane przez okulistę kolejowego, będzie miało zastosowanie tylko w wyjątkowych przypadkach. Jeżeli badany będzie niezadowolony z ujemnej opinji lekarza rejonowego, to władze kolejowe będą mogły przyznać mu najwyżej prawo do zbadania go przez odnośnego okulistę (nie prywatnego) jedynie na koszt własny badanego. *L. Kalic.*

Dr. L. Guttmann (*Wrocław*). **„Uraz a układ nerwowy.“** Zeitschr. f. Bahnärzte Nr. 9.

Z uszkodzeniem nerwów obwodowych szarpnięciem i zgnieceniem spotykamy się przy działaniu tępych narzędzi, spotykano je jednak w czasie wojny i przy postrzałach. Klinicznie można je rozpoznać po bezpośrednio po uszkodzeniu występującem porażeniu mięśni. Uszkodzenie jednak takie nerwów może okazać się dotkliwem dopiero po upływie dłuższego czasu po urazie. Odgrywa tu ważną rolę rodzaj urazu (uszkodzenie kołem zębatem, rozpędowem, pasem transmisyjnym, korbą).

Anatomicznie dotychczas nie wyjaśniono z całą pewnością, jakie jest tło patologiczne tych późno i powoli występujących i postępujących zwyrodnień nerwów obwodowych. Zarówno jednak tu, jak i w późno występujących objawach uszkodzenia mlecza pacierzowego i mózgu najprawdopodobniej mamy do czynienia z przewlekłemi postępującemi zmianami w naczyniach odżywiających naczynia obwodowe, ewentualnie tkankę nerwową. Uszkodzenie nerwów kończyny może nie ograniczać się nerwami obwodowemi, lecz może posunąć się ku górze i prowadzić do mniej lub więcej znacznego uszkodzenia nerwu współczulnego. Bywa to szczególnie często w uszkodzeniach splotu nerwowego kończyn górnych. Klinicznie objawia się takie uszkodzenie zespołem Horner'a (ptosis, myosis, enophtalmus), do którego dołączają się zaburzenia naczynioruchowe, zaburzenia ciepłoty i wydzielania potu. Zaburzenia te są nieraz jedynym widocznym objawem organizc-

nego uszkodzenia układu nerwowego. Uszkodzenie nerwów obwodowych naskutek szarpania i stłuczenia poza nerwami współczulnemi może odbić się i na mleczu pacierzowym i na jego korzonkach. Tak np. uszkodzenie splotu nerwowego naskutek próby nastawienia zwichnięć w stawie barkowym, a nawet uszkodzenie nerwów międzyżebrowych skutkiem postrzału może odbić się na mleczu pacierzowym i jego korzonkach.

Uraz kręgosłupa nie idzie równolegle co do następstw z urazem jednoczesnym mlecza pacierzowego. Lekkie urazy kręgosłupa mogą powodować ciężkie uszkodzenia mlecza, z drugiej zaś strony nawet bardzo ciężkie postacie uszkodzeń kręgosłupa, jak np. złamania ze zwichnięciami mogą występować bez najmniejszego udziału mlecza. Takie jednak uszkodzenia kręgosłupa mogą w odpowiednich momentach powodować nadzwyczaj niebezpieczne objawy ze strony mlecza pacierzowego. Mogą spowodować nawet śmierć szczególnie w przypadkach złamań kręgosłupa w części szyjnej. Autor wobec tego radzi bezwarunkowo stosowanie sposobów podtrzymujących przynajmniej w złamaniach części szyjnej kręgosłupa.

Przechodząc do omawiania mechanizmu uszkodzeń mlecza pacierzowego w przypadkach, w który h sam kręgosłup pozostał zupełnie nieuszkodzony, autor wymienia śród czynników takich uszkodzeń przedewszystkiem chwilowe zgięcie ściany kanału kręgosłupa, składającego się z kości elastycznych. Ściana tak wygięta powoduje uraz mlecza, wracając szybko do poprzedniej pozycji.

Następnym czynnikiem uszkodzeń mlecza jest szarpnięcie, na jakie narażony bywa mlecz pacierzowy w momencie uderzenia, któremu uległ kręgosłup. Odruchowem następstwem takiego uderzenia może być forsowny ruch w znaczeniu nadmiernego zgięcia, nadmiernego wyprostowania lub nadmiernego przekręcenia.

Dalej, jako ważny czynnik w mechanizmie uszkodzeń mlecza pacierzowego, który zdaniem Foerster'a jest nawet najbardziej ważny, autor podaje nagle powstające znaczne wzmożenie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Ciśnienie to działa na mlecz nie tylko od strony powierzchni, lecz — dzięki licznym połączeniom, wiodącym od przestrzeni podpajęczej przez pia mater za pośrednictwem drobnych dróg chłonnych mlecza aż do wnętrza mlecza — i na wewnętrznej części mlecza pacierzowego.

Uraz kręgosłupa może odbić się na mleczu nietylko w miejscu pośredniego obrażenia mlecza, lecz dzięki pośrednictwu płynu mózgowo-rdzeniowego może uszkodzić więcej lub mniej oddalone odcinki mlecza pacierzowego, a nawet rdzeń przedłużony i mózg. Uszko-

dzenie mlecza pacierzowego w części piersiowej może wywołać utratę przytomności, co jest już objawem ze strony rdzenia przedłużonego. Nagły ucisk na mlecz pacierzowy może spowodować najrozmaitsze zmiany tak w czynności jego, jak i w budowie anatomicznej. Mogą zachodzić bardzo nieznaczne uszkodzenia elementów nerwowych, których przy obecnych sposobach badania nie udaje się stwierdzić nawet drobnowidzowo, które jednak mogą prowadzić do zupełnego zniesienia czynności elementów nerwowych i które mimo to łatwo ulegają wyrównaniu do normy. Jest to commotio spinalis. Z drugiej jednak strony mogą powstawać mikroskopowe, a nawet i makroskopowe zmiany w mleczu pacierzowym, które klinicznie przedstawiają się w postaci zupełnego lub częściowego zespołu poprzecznego Brown-Séquard'owskiego. Z anatomicznych zmian mlecza pacierzowego należy podkreślić uszkodzenie układu krwionośnego mlecza. Należy tu t. zw. praestasis i stasis w naczyniach włosowatych i żyłkach, prowadzące do wybroczyn. Następnie stwierdza się zaczopowanie większych i mniejszych tętnic, a szczególnie w vasa vasorum. Zdaniem Marburg'a zaczopowanie to zależy od pęknięcia błony wewnętrznej i sprężystej naczyń. Do tego dołącza się w następstwie rozrost przybłonka naczyniowego i powstaje endoarteriitis obliterans. Takie cierpienia naczyń osiągają swój najwyższy stopień dopiero po upływie miesięcy a nawet i lat po wypadku. Stąd wynikają takie postacie chorobowe jak pseudotabes posttraumatica, pourazowy zanik mięśni postępujący, a nawet cierpienia przebiegające pod postacią sclerosis multiplex i syringomyelia.

W uszkodzeniach mózgu również niema bezwględnej zależności stopnia uszkodzenia od stopnia urazu głowy. Uszkodzenia głowy, nie powodujące żadnego pęknięcia kości, mogą powodować bardzo ciężkie i trwałe uszkodzenia mózgu. Z pośród innych następstw urazu głowy autor zatrzymuje się dłużej nad t. zw. pneumocephalia intracranialis, nazywaną inaczej pneumocephalus. Cierpienie to polega na przenikaniu powietrza wewnątrz czaszki po pęknięciach kości jej, powodujących połączenie między wnętrzem jej i jedną z komór powietrznych czaszki (ewent. ucha). Powietrze może zbierać się z początku między kością i oponą twardą, a potem w przestrzeni pod oponą twardą lub pajęczą. Powietrze może przedostawać się nawet do samej substancji mózgowej przez spowodowane urazem rany mózgu. Powstają skutkiem tego ogniska rozmiękczenia mózgu i torbiele z ciężkiemi objawami następczemi. Między czynnikami, powodującemi uszkodzenia mózgu, nie przenikające w jego substancję, autor wymienia na pierwszem miejscu wgłobienie. W miejscu tego ostatniego może zajść kontuzja

mózgu. Dzięki jednak t. zw. contre coup może mieć miejsce uszkodzenie części mózgu leżącej naprzeciw tego miejsca czaszki, w którem uraz ją dotknął. Szczególnie łatwo ulega uszkodzeniu podstawa zrazu czołowego i skroniowego. Po tępych urazach czaszki może mieć miejsce ostry ucisk mózgu, spowodowany wzmożeniem się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Pourazowe zmiany w naczyniach krwionośnych są takie same, jak takież zmiany w naczyniach krwionośnych mlecza pacierzowego.

Uszkodzenia głowy, którym nie towarzyszy naruszenie całości kości czaszki, stosunkowo często powodują zmiany w oponach mózgowych. Należą tu poza pachymeningitis haemorrhagica interna przewlekłe stany podrażnienia opon miękkich, którym towarzyszą zaburzenia w krążeniu płynu mózgowo-rdzeniowego. Takie cierpienia opon mogą być ograniczone do miejsca urazu, powodując powstawanie arachnitis serofibrosa chronica adhaesiva cystica, albo też mogą nabierać cech cierpień rozlanych i prowadzić do hydrocephalus internus lub externus. Cierpienia te opon mogą występować jako skutek nawet lekkich urazów głowy, którym niekoniecznie towarzyszą objawy wstrząsu mózgu. Rozpoznanie uszkodzeń mózgu i jego opon jest nietrudne, o ile, prócz skarg na ból głowy zawroty głowy, brak pamięci, łatwą pobudliwość i t. p., występują objektywne objawy neurologiczne podrażnienia lub defekty w czynności mózgu. Badanie takich chorych winno być bardzo dokładne, by drobne nawet zboczenia od normy nie uszły uwagi badającego. Zbadać należy czucie węchu, smaku, czynność aparatu przedsionkowego, wykonać dokładne badanie oftalmoskopowe, badanie pola widzenia, nie pomijając, rzecz prosta, nakłucia lędźwiowego, dzięki któremu możemy zbadać ciśnienienie, zawartość w płynie komórek i białka Należy w każdym przypadku urazu głowy zrobić zdjęcie roentgenowskie czaszki. Mimo jednak najdokładniejszego zbadania zdarza się często, że nie udaje się ustalić pewnych objektywnych objawów niewątpliwie urazowego pochodzenia cierpienia mózgu, gdy tymczasem chory zupełnie nie zdradza cech histerji lub agrawacji. Są znowu przypadki, w których przy pewnych objawach organicznego uszkodzenia mózgu cierpienie nosi piętno wybitnie psychicznego pochodzenia. W takich przypadkach, zdaniem autora, encephalografia może dać lekarzowi bardzo cenne wskazówki, jak tego dowiodły badania Foerster'a, Wartenberg'a, Schwab'a, Hauptmann'a, samego autora i innych. Encephalografja według autora posiada wartość, że 1) daje możność bezpośredniego rozpoznania zmian organicznych spowodowanych urazem, 2) pozwala wskazać dokładne umiejscowienie, rodzaj i rozległość zmian urazo-

wych w mózgu tam, gdzie już udało się objektywnie stwierdzić objawy podrażnienia lub defekty w czynności mózgu 3) encephalografja pozwala uwydatnić zmiany w mózgu nie mające związku z urazem oraz takie zmiany, które istniały przed nim już dawno, np. wady rozwojowe. *L. Kalic.*

Dr. Rumbaur, okulista niemieckich kolei państwowych we Wrocławiu. **„Uraz a nerwy wzrokowe."** Zeitschrift f. Bahnärzte Nr. 9 1931 r.

Wobec tego, że lekarze kolejowi we wszystkich cierpieniach winni przedewszystkiem zwracać uwagę na objawy ze strony oczu, autor zatem uzupełnia odczyt Guttmann'a „Uraz a układ nerwowy" własnemi uwagami.

W razie niezbyt wyraźnego występowania objawów zespołu Horner'a, autor radzi wykonać próbę z kokainą. Do każdego oka wkrapla się kilka kropel 2 — 3% rozczynu kokainy. Ta ostatnia wywołuje podrażnienie nerwu współczulnego i powoduje rozszerzenie źrenic. Jeżeli wystąpi jednakowe rozszerzenie obu źrenic, to nie może być mowy o porażeniu nerwu współczulnego. Jednostronne rozszerzenie źrenicy przemawia za uszkodzeniem nerwu współczulnego strony przeciwległej. Uszkodzenie nerwu trójdzielnego, które często towarzyszy uszkodzeniu nerwów ruchowych oczu, szczególnie abducens i facialis, daje objawy od nieznacznego osłabienia czucia dotyku i braku odruchu spojówkowego i rogówkowego aż do ciężkich zaburzeń troficznych w postaci keratitis neuroparalytica z rozmiękczeniem rogówki i jej perforacją. Takie ciężkie cierpienie rogówki może wystąpić dopiero w wiele miesięcy, albo nawet lat po urazie nerwu trójdzielnego, częstokroć po nieznacznych, powierzchownych uszkodzeniach (np. ciała obce). Uszkodzenie nerwu twarzowego, prowadzące do t zw. lagophtalmus, wymaga troskliwej opieki w celu uchronienia oka od szkodliwych czynników zewnętrznych. Szczególnie niebezpieczne dla oka bywa jednoczesne uszkodzenie nerwu twarzowego i nerwu trójdzielnego. Z pośród innych nerwów ruchowych oczu najczęściej bywa uszkodzony przy urazach czaszki n. abducens, ponieważ przebiega on drogę najdłuższą (od tylnego brzegu mostu na podstawie czaszki aż do orbity). Złamania podstawy czaszki mają miejsce najczęściej tam, gdzie nerw ten przechodzi przez piramidę kości skalistej. W przypadkach uszkodzenia nerwu oko-ruchowego często ulega uszkodzeniu i pęczek włókien, unerwiający sphincter pupillae, rzadziej ten pęczek, który unerwia m. ciliaris. To bywa przyczyną rozszerzenia i osłabienia odruchu.

Rzecz jasna, że niema przekonywujących dowodów, by po

urazie typowa odruchowa nieruchomość źrenic była następstwem tylko urazu. W przypadkach przeto, w których znajdujemy ją po urazie, należy doszukiwać się innych cierpień, przy których ona występuje (metalues, tabes).

W pourazowych zaburzeniach pochodzenia psychicznego objawy patologiczne ze strony oczu mogą często występować. Należą one do objawów nerwic pourazowych. Szczególnie często bywa zwężenie pola widzenia, występujące najczęściej przy uszkodzeniach gałki ocznej lub jej najbliższego otoczenia.

L. Kalic.

Prof. Dr. H. Haike, specjalista chorób uszu kolei państwowych (Berlin). **„Z dziedziny praktyki opinjodawczej w zawodowem przytępieniu słuchu na tle huku."** Zeitschr. f. Bahnärzte № 3, 1931 r.

W prawodawstwie ubezpieczeniowem niemieckiem zawodowe przytępienie słuchu skutkiem huku zostało na zasadzie przepisu z d. 11-II.1929 r. zaliczone do grupy tych cierpień zawodowych, które w pewnych warunkach podlegają prawu o ubezpieczeniu od wypadków nieszczęśliwych. Różnorodność okoliczności zachodzących w praktyce powoduje często trudność decyzji w poszczególnych przypadkach. Już sam obowiązek meldowania o przypadkach przytępienia słuchu na tle zawodowem nastręcza trudności, gdyż decyzja o uzasadnieniu odszkodowania może być wydana tylko przez specjalistę, gdy tymczasem niespecjalista lekarz obowiązany jest zawiadamiać o każdem uzasadnionem podejrzeniu na wypadkowe pochodzenie przytępienia słuchu. Niesłusznie, jak autor tłomaczy, melduje się o wszystkich przypadkach osłabienia słuchu skutkiem huku, według bowiem przepisów jedynie przypadki, znajdujące się w okresie głuchoty zupełnej lub też przytępienia słuchu graniczącego z głuchotą, uprawniają do odszkodowania.

Pojęcie głuchoty i przytępienia słucbu, graniczącego z głuchotą, dotąd nie są jeszcze dokładnie ustalone. W danym razie nie chodzi o głuchotę absolutną, naskutek której nie słyszy się ani mowy, ani dźwięków, ani szmerów, lecz o tak zwaną „głuchotę praktyczną" t. j. taki stan, w którym czynność aparatu słuchowego jest tak upośledzona, że główny cel słuchania, mianowicie porozumiewania się z otoczeniem, osiągnięty być nie może. Nie wyłącza to jednak możności słyszenia pojedyńczych wyrazów lub hałasu.

O ile pod względem istoty głuchoty niema znaczniejszej rozbieżności zdań, o tyle co do przytępienia słuchu graniczącego z głuchotą istnieją opinje rozbieżne. Autor określa stany te tak: z przytępieniem słuchu graniczącem z głuchotą mamy do czynienia wówczas,

kiedy badany słyszy rozmowę, prowadzoną głosem zwykłym, tylko przy uchu, z głuchotą zaś wówczas, kiedy rozmowy tej nie rozumie zupełnie. Takie określenie pojęć winno być powszechnie przyjęte, by można było uniknąć sprzeczności w ostatecznych decyzjach co do prawa do odszkodowania za utratę słuchu lub jego upośledzenie.

Następnie ważną okolicznością jest ustalenie drogą wywiadów i dokładnego badania, czy dany stan nie jest następstwem nie tyle pracy zawodowej, ile cierpienia od tej pracy niezależnego. Sprawy zrostowe w uchu środkowem, które posunęły się na ucho wewnętrzne, mogą powodować zupełną głuchotę niezależnie od pracy zawodowej. Dokładne badanie całego aparatu słuchowego wraz z dokładnym wywiadem — mogą wyjaśnić, co należy uznać za istotną przyczynę głuchoty — pracę zawodową, czy współistniejące cierpienie ucha, niezależne od tej pracy. Zawroty głowy odgrywają pierwszorzędną rolę w rozpoznaniu, jako objaw cierpienia błędnika. Według doświadczeń na zwierzętach Wittmaack'a i innych badaczy nie można było nigdy wykryć zmian mikroskopowych w narządzie przedsionkowym przy próbach czynionych z hukiem Badania przedsionkowe dotychczas przynajmniej nie dały dodatnich wyników u osób, cierpiących na zawroty głowy po urazie skutkiem huku. Przeciwnie, we wszystkich prawie cierpieniach błędnika, w których domniemanemu uszkodzeniu aparatu słuchowego skutkiem huku towarzyszą przyczyny nie zawodowe, jak gruźlica, kiła, postępujące procesy zrostowe, zaburzenia równowagi większego stopnia zawsze przemawiają przeciwko zawodowemu pochodzeniu głuchoty lub przytępienia słuchu, co zwykle znajduje potwierdzenie w dokładnem badaniu aparatu słuchowego. W każdym razie, nie wyłączając możliwości istnienia zawrotów głowy na tle uszkodenia słuchu hukiem, autor twierdzi, że nie może on być uznany za charakterystyczny dla takiego rodzaju uszkodzenia.

L. Kalic.

Labbe **„Cukrzycowe zapalenie tętnic".** (Presse médicale Nr. 15, 1931 r.).

Bardzo często przyczyną śmierci chorych na cukrzycę jest zapalenie cukrzycowe tętnic. Różni się ono klinicznie i anatomopatologicznie od zapalenia tętnic na tle miażdżycy i kiły. W przeciwieństwie do zapalenia miażdżycowego — występuje już we wcześniejszym wieku, a od zapalenia tętnic kiłowego różni się tem, że dotyczy najczęściej małych tętnic kończyn (kiła atakuje głównie aortę i duże tętnice). Zmiany drobnowidzowe polegają na zwyrodnieniu szklistem i zgrubieniu włóknistem błony wewnętrznej, na zwapnieniach w obrębie błony wewnętrznej i mięsnej, wreszcie na zmia-

nach miażdżycowych bez wytwarzania zakrzepów. Natomiast zmiany kiłowe dotyczą wszystkich trzech warstw, w chorobie zaś Buergera powstają i w tętnicach i w żyłach z łatwo występującemi zakrzepami.

Pod względem klinicznym cierpienie omawiane zaczyna się skrycie, dopiero później występują w kończynach mrowienia, drętwienia, kurcze bolesne, uczucie chłodu, zwłaszcza w nocy i w spoczynku. W późniejszych okresach choroby zjawiają się silne bóle, objawy chromania przestankowego, zmiany ze strony skóry aż do obumarcia włącznie. Duże zasługi w oznaczaniu stopnia zaburzeń w krążeniu danej kończyny oddaje oscyllometrja, jakkolwiek w przypadkach zapalenia cukrzycowego tętnic niekiedy wprowadza nas w błąd w odróżnieniu od przypadków zapalenia tętnic miażdżycowego. Mianowicie w zapaleniach ostatniego rodzaju, gdzie powstaje zatkanie tętnicy głównej i jej obocznych, nie otrzymujemy wahań oscyllometrycznych poniżej przeszkody. Natomiast w przypadkach cukrzycowych — oboczne tętnice pozostają jeszcze drożne przez pewien czas, co jest powodem występujących jeszcze wahań oscyllometrycznych pomimo istniejącego w bardziej rozległych granicach procesu chorobowego, dzięki przesyceniu tkanek cukrem i ułatwionemu szerzeniu się zakażenia. Zmiany chorobowe w tętnicach przy cukrzycy są wynikiem drażnienia błony wewnętrznej i pobudzenia do odczynu zapalnego nadmierną ilością cukru we krwi. W tak zmienionych odcinkach odkłada się cholesteryna, wywołując pęcznienie ściany naczyniowej i zwężenie jej światła. W przebiegu zapalenia cukrzycowego tętnic występuje hypercholesterinaemia i hypercalcaemia.

W. Ehrenkreutz

E. Sorrel, P. Bufnoir i I. Fumet. **„Kilka uwag o gruźlicy chirurgicznej"**. (Presse médicale Nr. 40, 1931 r.).

Autorzy swe spostrzeżenia opierają na bogatym materjale klinicznym szpitala w Berck z ostatniego dziesięciolecia (1920 — 1930 r.) W leczeniu gruźlicy kostnej wieku dziecięcego pierwsze miejsce zajmuje klimatoterapja i ortopedja, a potem chirurgja. Na 100 przypadków nie było operowanych 81. Natomiast w gruźiicy kostnej wieku starszego główną rolę odgrywa chirurgja. Chemjoterapja, leczenie szczepionkami i surowicami nie dawały naogół dobrych wyników.

Autorzy w swej pracy dają przegląd metod chirurgicznych stosowanych w ostatnich latach. Na pierwszym planie stawiają metody klasyczne, jak resekcje, sequestrotomje, amputacje, wyłuszczenia w stawach. Wskazania bywają różne w zależności od przypadku. Znacznie rozszerzono wskazania do astragalectomji (usunięcia kości

skokowej) Rozróżniają astragalectomję z wyboru i astragalectomję z konieczności, wykonywaną przez otwór przetoki, aby zapewnić sobie tamtędy sączkowanie stawu. Resekowano najczęściej staw kolanowy, później barkowy, łokciowy, nadgarstkowy. Wreszcie operowano ropnie zimne.

Obok metod klasycznych wprowadzono operacje nowsze, mające na celu wywołanie ankylozy w chorobie Potta (operacja według Albée) i w gruźlicy stawu biodrowego. Operacje te przechodziły różne koleje; raz były odrzucane, to znów odzyskiwały prawo obywatelstwa. U dzieci malum Potti leczy się najlepiej na drodze ortopedycznej, u starszych natomiast dodatnie wyniki były po zabiegach operacyjnych. Osteosynthesa była wykonywana w 37 przypadkach na 100 z wynikiem zupełnie dobrym. Pozostałych przypadków nie operowano z powodu złego stanu ogólnego, gruźlicy płuc, zbyt dużego garbu i t. p. Przeciwskazanie stanowi również wygasające ognisko naskutek poprzedniego leczenia ortopedycznego, a także ropnie i przetoki wywołujące paraplegje.

Technika operacyjna jest dość prosta i daje dobre wyniki: na 106 przypadków — złych 16.

W operacjach usztywniających staw biodrowy stosowano drogę zewnątrz lub wewnątrzstawową, a także mieszaną. Rozszerzono pozatem wskazania.

Wyniki operacyjne przy gruźlicy kostnej zależą od dobrze postawionego wskazania. W chwili infekcji organizm walczy z nią, otacza się jakby barjerą, starając się usunąć uszkodzenie. W takim okresie nie należy operować, gdyż cały proces chorobowy można wówczas uogólnić.

Dzięki różnym metodom leczniczym prognoza gruźlicy kostnej stale się polepsza. Ilość zachorowań jest również mniejsza, co jest uwidocznione w statystyce autorów. Poprawa warunków hygjenicznych i dobrobyt odgrywają tu poważną rolę.

W. Ehrenkreutz

P. Jacquet i L. Gally. **„Diagnostyka roentgenologiczna przewlekłych zapaleń wyrostka robaczkowego."** (Presse médicale Nr. 21, 1931 r.).

Rozpoznawanie zapalenia wyrostka robaczkowego na podstawie stwierdzonej bolesności w punkcie Mc. Burneya często jest mylne, gdyż może ona pochodzić np. od newralgji splotu trzewiowego i t. p. Dopiero znalezienie punktu bolesnego na brzegu wewnętrznym kątnicy podczas badania roentgenologicznego i jego przesuwalność z jed-

noczesnem przesuwaniem się kątnicy pozwoli z dużem prawdopodobieństwem rozpoznawać zapalenie wyrostka robaczkowego.

Drugą cechą roentgenologiczną tego cierpienia jest opóźnienie w przechodzeniu papki kontrastowej z jelita krętego i stąd wybitne jego rozszerzenie w części przykątniczej naskutek przewlekłego procesu zapalnego w obrębie wyrostka i kątnicy.

Trzeci objaw roentgenologiczny stanowią spostrzegane na ekranie skurcze i przewężenia w okolicy kręto kątniczej.

Bardzo charakterystyczne jest, że przy ucisku w punkcie bolesnym te skurcze potęgują się. Kątnica przyjmuje niekiedy kształt stożkowaty, lub w jej dnie wytwarza się jakby uchyłek. Pozatem prawie stale spotykane jest głębokie wcięcie na jej brzegu zewnętrznym w okolicy punktu bolesnego. Co się tyczy uwidaczniania się samego wyrostka robaczkowego, to jest on dopiero w normalnych warunkach widoczny w 12 — 24 godz. po przyjęciu papki kontrastowej. Zlokalizowanie punktu bolesnego bezpośrednio na nieco uwidocznionym wyrostku potwierdza w zupełności właściwe rozpoznanie.

Niezupełne wypełnianie się wyrostka papką kontrastową przemawia za jego zapaleniem. Wyrostek może jednak być niewidoczny z powodu istniejących w danym przypadku stosunków anatomicznych.

Oprócz powyższych objawów spostrzegano roentgenologicznie w przewlekłych zapaleniach wyrostka robaczkowego zaburzenia w przechodzeniu papki w okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej, podobnie jak przy zapaleniach woreczka żółciowego.

Rozpoznania roentgenologiczne autorów potwierdzały się w zupełności podczas zabiegów operacyjnych.

W. Ehrenkreutz

Dr. Gautier. **„Jaki środek należy wybrać celem leczenia żylaków wstrzykiwaniem środków drażniących."** (Presse médicale Nr. 35 — 31 r.)

Wszelkie roztwory hypo - i hypertoniczne, kwaśne i zasadowe roztwory soli żrących, wprowadzone do żyły zmienionej żylakowato, mogą wywołać jej jałowe, zakrzepowe zapalenie i w wyniku doprowadzić do jej zarośnięcia, co jest istotą leczenia żylaków. (Venitis — w odróżnieniu od sprawy zakaźnej — phlebitis).

Najczęściej używane do tego celu środki są następujące: stężone roztwory cukru gronowego, roztwory chlorku sodu 15 — 20%, węglanu sodu, soli rtęciowych, cytrynianu sodu i w. in. Wszystkie te jednak środki mają mniej lub więcej zaznaczone wady — ogólną toksyczność, bądź miejscowe działanie nekrotyzujące. Dlatego

autor zaleca przy leczeniu żylaków podudzia i odbytu dwa środki: 20 — 40%roztwór salicylanu sodu i 10% roztwór chininy + 10% roztwór urethanu.

Leczenie salicylanem sodu rozpoczyna się od dawek małych — 2 cm.^{3} 20% roztworu; po 2 — 3 dniach — zależnie od wrażliwości chorego, można stężenie roztworu zwiększyć (2 cm. 30 — 40%). Nigdy nie należy przekraczać dawki 6 — 8 cm.^{3} 40% roztworu. Zwykle, w przypadkach średnio rozległych żylaków wystarcza 5 — 6 wstrzyknięć.

Na kilka tysięcy wstrzyknięć kilkakrotnie wystąpiła pokrzywka i szum w uszach, pozatem poważniejszych powikłań nie zauważono. Ujemną stroną tego środka jest występowanie krótkotrwałego, lecz bolesnego, kurczu tonicznego mięśni łydki bezpośrednio po injekcji.

Chininę z urethanem przy pierwszem wstrzyknięeiu daje się do 2-ch cm.^{3} (w jedno miejsce nie więcej niż 1 cm.^{3}). Następnym razem dawkę podwyższa się do 5 cm.^{3} rozdzielonych na kilka ukłuć w różne miejsca.

W wypadku wydostania się środka poza żyłę występuje znaczna bolesność następnego dnia, do obumarcia tkanek zwykle nie dochodzi. U kobiet najczęściej w 1/2 godziny po wstrzyknięciu powstają bolesne skurcze macicy, dlatego ciąża jest przeciwwskazaniem do stosowania tego środka u ciężarnych.

Dr. Jastrzębowski

Dr. Bernard i Soix. **„Operacja wyrwania nerwu przeponowego w przebiegu gruźlicy płuc."** (Presse méd. № 12 1931 r.)

Wyrwanie nerwu przeponowego w przebiegu gruźlicy płuc stało się w ostatnich latach zabiegiem bardzo rozpowszechnionym i popularnym. W wielu wypadkach jednak wykonywa się operację bezkrytycznie bez uwzględnienia właściwych wskazań i przeciwwskazań.

Wyrwanie n. przeponowego powoduje natychmiastowe porażenie i zwiotczenie odpowiedniej połowy przepony, wyższe jej ustawienie o 2 — 10 cm. Płuco zmniejsza się o 3/6 — 1/3 swej objętości. Klinicznie następstwa lecznicze tej operacji odpowiadają odmie piersiowej, jednakże wpływ dodatni tej ostatniej jest znacznie większy.

Wskazanie do operacji wyrwania n. przeponowego w przebiegu gruźlicy płuc są następujące: 1) zdolność do bliznowatego kurczenia się płuca (postaci gruźl. wrzodziejąco-włókniste), 2) brak rozleglejszych zmian w danem płucu, 3) względna stabilizacja procesu swoistego w danem płucu.

Wyrwanie nerwu przeponowego jako zabieg wyłączny powinien

być wykonywany tylko w tych przypadkach, w których sztuczna odma piersiowa jest niewykonalna lub nieskuteczna i w tych jednak wypadkach trzeba pamiętać o wskazaniach przytoczonych wyżej.

Dr. Jastrzębowski

„Jakie są współczesne poglądy na leczenie i profilaktykę tężca". (Presse médicale Nr. 95, 1930 r.).

W przypadkach lekkich stosuje się podskórne wstrzykiwania surowicy przeciwtężcowej w ilości 50 — 100 cm.^{3} dziennie, usunięcie lub oczyszczenie ogniska pierwotnego i 3—6 gramów chloralu dziennie per os lub lawatywkach.

W przypadkach ciężkich — usunięcie ogniska pierwotnego, 100 — 150 cm ^{3} surowicy podskórnie lub dordzeniowo. Przy rozległych kurczach kilkakrotne wstrzykiwania 25$^0/_0$ rozczynu siarczanu magnezu 90 cm.^{3} na dawkę, lub też 10 cm.^{3} 10$^0/_0$ rozczynu dordzeniowo raz dziennie.

W przypadkach ciężkich, w których ognisko pierwotne jest nieznane lub nie dające się usunąć (trzewa), stosuje się surowicę podskórnie lub domięśniowo w ilości 200 cm.^{5} dziennie i 30 — 50 cm.^{3} dordzeniowo. Chloral, siarczan magnezu i środki nasercowe jak wyżej.

Profilaktycznie stosuje się obok surowicy w ilości 10 cm.^{3} — anatoksynę tężcową (szczepionkę) dającą czynną i trwałą odporność.

Dawki dla dzieci i dorosłych jednakowe. Pierwszy raz wstrzykuje się podskórnie 1 cm.^{3} anatoksyny, a w inne miejsce 10 cm.^{3} surowicy; po 8 dniach znowu surowica w ilości 10 cm.^{3} Po miesiącu od czasu wstrzyknięcia pierwszej dawki anatoksyny—druga dawka w ilości 1,5 cm ^{3}, a następnie po 2 tygodniach trzecia dawka — 1,5 cm.^{3} anatoksyny. Działania ubocznego tych szczepień nie zauważono.

Dr. Jastrzębowski

Dr. M. Latkowski. **„O wczesnych objawach klinicznych gruźlicy kostnej."** (Nowiny Lekarskie Nr. 13 — 31).

Autor, opierając się na obserwacji 500 przypadków gruźlicy kostnej w najrozmaitszych okresach jej rozwoju, ustalił szereg charakterystycznych objawów dla tego cierpienia.

A mianowicie: I — *wywiady*: a) chory wspomina o urazie, który miał miejsce 1 — 3 tygodnie przed wystąpieniem cierpienia, b) skargi na ból swoisty występujący przy pewnych ruchach i położeniach, zjawiający się bez przyczyny, niezależny od pory dnia i mało zależny od zmian atmosferycznych.

II — *Badanie miejscowe*: a) oglądaniem stwierdza się zanik mięśni

otaczających staw, dotyczy to zwłaszcza rozginaczy, b) obmacywaniem stwierdza się istnienie ściśle ograniczonego punktu bolesności uciskowej, — ucisk w tym punkcie powoduje ostry krótki dotkliwy ból. Obmacywanie pozatem wykazuje, że we wczesnych okresach choroby tkanki miękkie około-stawowe (torebka stawowa, wiązadła) są niezmienione i niebolesne, w okresach bardziej posuniętych stwierdza się zgrubienia i bolesność tkanek otaczających oraz ograniczenie ruchów biernych i czynnych. Nakoniec stwierdzić można podwyższoną temperaturę w miejscu chorem.

III — *Badanie ogólne* wykazuje, że temperatura ogólna jest podwyższona z charakterystycznym bezładnym, roztrzepanym wykresem.

Z tych wszystkich objawów najcharakterystyczniejsze i najstalsze są: 1) zanik mięśni, 2) stan podgorączkowy, 3) ból kości swoisty.

Ten zespół objawów pozwalał strwierdzić gruźlicę kostną jeszcze w takim okresie, w jakim nie było zmian radjologicznych.

Dr. Szonert

Dr. Landau i Dr. Fejgin. **„O skutecznem leczeniu ropnych spraw płucnych zapomocą wlewań dożylnych 33°/₀ alkoholu“.** (Warsz. Czasop. Lek. Nr. 24—31 r. i Polska Gaz. Lek. Nr. 11—31 r.)

Autorowie poruszają sprawę stosowania dożylnych wlewań 33°/₀ alkoholu w przypadkach ciężkich zakażeń narządu oddechowego.

Wlewania alkoholu wprowadził do lecznictwa Thursz, który zalecał stosowanie dużych (do 200 cm.^{3}), jednorazowych dawek w przypadkach raka płuc oraz zakażeń ogólnych (np. zakażenie połogowe, podostre zapalenie wsierdzia). Spostrzeżono jednak, że wlewania dożylne alkoholu miały specjalnie dodatnie działanie w kierunku szybkiej likwidacji wszelkich powikłań płucnych, zjawiających się w przebiegu ogólnych spraw zakaźnych, gdy na obawy chorobowe ze strony innych narządów nie miały żadnego wpływu.

Autorowie ograniczyli wobec tego stosowanie wlewań dożylnych alkoholu do spraw chorobowych płuc połączonych z ropieniem lub zgorzelą, a więc: pneumonia abscedens, abscessus pulmonum, gangraena pulmonum, bronchectasia z obfitą ropną wydzieliną, bronchopyorrhoea. Wszystkie te sprawy są bardzo trudne i kapryśne w leczeniu, a niepewne w rokowaniu.

Technika stosowania wlewań dożylnych alkoholu: serja codziennych wlewań dożylnych 15 — 20 cm.^{3} alkoholu 33°/₀ w roztworze fizjologicznym soli kuchennej, łącznie z insuliną 5—10 jednostek, serja zastrzyków trwa tak długo, jak wymaga tego stan chorego.

Jeżeli wymaga tego ogólny stan chorego, to należy pozatem

stosować inne leki, a więc: 1) w przypadku niedomogi serca prawego (sinica, duszność spoczynkowa) podaje się ouabaina, 2) w przypadku dużej ilości cuchnącej plwociny ol. eucalypti, 3) w przypadku bardzo obfitej plwociny sol. calcii chlorati, 4) gdy mamy upadek sił i zły stan ogólny — natrium kakodylicum.

Autorowie stwierdzili w przypadkach ciężkich zakażeń płuc przy stosowaniu wlewań dożylnych 33% alkoholu poprawę, która wyrażała się przez: 1) szybkie zmniejszenie się wydzieliny ropnej, 2) obniżenie temperatury, 3) zwolnienie tętna, 4) poprawę ogólnego stanu chorego oraz jego samopoczucia, 5) spadek leukocytozy i zjawienie się komórek eozynofilowych. Ujemne działania bywają bardzo rzadko: miejscowo — ból okolicy żyły, ogólnie — dreszcze, a po dużych dawkach alkoholu żółtaczka, jako wyraz zajęcia wątroby.

Alkohol drogą żył dostaje się do serca, a stąd do płuc, gdzie dzięki wybitnym żernym własnościom układu siateczkowo-śródbłonkowego zostaje wychwytany, zanim dojdzie do wątroby; wychwytany alkohol w płucach ujawnia swą bakterjobójczą działalność, mamy tu jakby działanie in situ alkoholu in statu nascendi, t. j. zanim go wątroba nie zmieni.

Zalety tej metody leczenia są następujące: dostępna, prosta i niezmiernie skuteczna, niemal swoista w przypadkach ciężkich zakażeń płuc połączonych z ropieniem.

Dr. Szonert

Sorrel, Bufnoir i Fumet. **„Kilka uwag w sprawie częstości występowania i trudności rozpoznawczych gruźlicy kostnej.”** (Presse médicale Nr. 38, 1931 r.).

Materjału klinicznego, na którym autorowie się opierają w wyprowadzaniu swych wniosków i uwag w sprawie częstości gruźlicy i trudności rozpoznawczych, dostarczył l'Hôpital Maritime de Berck za ostatnie dziesięciolecie (1920 — 1930) w liczbie 7259 przypadków kostno-stawowych. Najczęściej gruźlica kostna umiejscawia się w kręgosłupie, w stawach biodrowych, kolanowych, potem w łokciowych i t. d. Cierpienie to u dzieci zaczyna się przeważnie między 2-gim a 4-ym rokiem życia, u dorosłych zaś między 18-ym a 25-ym rokiem, przyczem u tych ostatnich początek choroby w znacznej ilości przypadków należy odnieść do okresu dziecięcego, dla którego charakterystyczną cechą gruźlicy kostnej jest jej wieloogniskowość. Śmiertelność wynosiła 8,9%, przyczem bardzo częstym powodem śmierci było przerzucenie się procesu swoistego na narządy wewnętrzne, najczęściej na opony mózgowe.

Jeśli chodzi o rozpoznawanie gruźlicy kostnej, to tu bardzo wielką usługę oddaje roentgenografja, a zwłaszcza poprzedzona zapuszczeniem do przetok lipjodolu, oraz zdjęcia stereoskopowe. Pozwalają one nam rozróżniać gruźlicę kostno-stawową z jednej strony od gruźlicy przystawowej, z drugiej zaś od takich przypadków, jak kiła kostno-stawowa wrodzona i nabyta, osteo-chondro-dystrophia, biodro szpotawe, mięsaki kostne, raki kręgów pierwotne i pozornie pierwotne oraz różne zaburzenia kręgosłupa. Najtrudniejszem może jest odróżnienie nawet przy dłuższej obserwacji gruźlicy kręgów od raka, który dość często tam występuje. Autorowie obserwowali 6-cioletnie dziecko, u którego rozpoznawano początkowo malum Potti w okolicy podpotylicznej. Przebieg cierpienia nie miał jednak czystych cech dla malum Potti; ból występował nie tylko przy ruchach, ale także samoistnie. Roentgenografja niczego nie wyjaśniała. W późniejszym dopiero okresie choroby, gdy guz rozszerzył się na tylną i boczną powierzchnią gardła, wykonano punkcję w tej myśli, że się ma do czynienia z ropieniem, otrzymano jednak tylko krew, co jest oznaką kliniczną nowotworu. Oprócz roentgenografji posługiwano się badaniami laboratoryjnemi, jak sero-reakcjami, reakcjami skórnemi z tuberkuliną i t. p.

Dr. Ehrenkreutz

A. Plichet **„Kilka nowych sposobów leczenia wrzodów żołądka"** (Presse médicale № 48, 1931 r.)

Niema roku, aby nie zachwalano nowych środków lub metod wewnętrznego leczenia wrzodów żołądka lub dwunastnicy. Przeważnie środki takie po dłuższem lub krótszem ich stosowaniu wykazują swoją bezskuteczność. Dotychczas stosowane powszechnie leczenie leżeniem w łóżku, djetą mleczną, alkaljami i środkami osłaniającemi śluzówkę żołądka (bizmat, talk i t. d.) zostało naogół zarzucone. Nawet djeta Sippy'ego w St. Zjedn. znacznie mniejszem cieszy się powodzeniem. Podawanie dużych ilości alkalji sprowadza niekiedy objawy alkalozy, mleko zaś ma tę wadę, że zbyt długo zalega w żołądku i tem samem zwiększa wydzielanie soku żołądkowego i wywołuje u niektórych osób biegunki, względnie zaparcie stolca. Z obecnych nowszych metod stosowane są następujące:

1) Leczenie djetą Jorowstky'ego z Dorpatu. Uczony ten wychodzi z założenia, że pokarm, który po dość krótkim pobycie w żołądku ma jaknajszybciej przechodzić do dwunastnicy, powinien być na tyle pożywny, by chory się nie głodził. Djeta Jorowstky'ego składa się z białka kurzego i masła i stosowana jest według poniższego schematu.

Chory dostaje rano pierwszego dnia surowe i niesolone białko z jednego jaja kurzego, a popołudniu 20 gr. świeżego masła, następnego dnia białko z 2 jaj i 40 gr. masła i t. d., aż do 10 dni, kiedy to ma spożyć w kilku porcjach białko z 10 jaj i 200 gr. masła. Płynów podaje się jaknajmniej. Po 10 dniach podaje się zupę z mąki ryżowej, jęczmiennej, przetarte jarzyny, kompoty. Wyniki takiego leczenia mają być dobre, bóle ustępują szybko, a owrzodzenia dobrze się goją.

2) Proteinoterapja w formie zastrzyków mleka, nukleinianu sodu, autohemoterapji dawniej już stosowana, dotychczas jest w użyciu i daje niezłe rezultaty. Nieznany jednak jest sposób jej działania.

3) Niektórzy autorowie, uzależniający powstawanie wrzodów żołądkowo-dwunastniczych od braku witamin w ustroju, tłomaczą to w ten sposób, że brak ten powoduje osłabienie ściany żołądka na zakażenie, które ma być bezpośrednią przyczyną omawianego cierpienia. Szczególną rolę odgrywa tu witamina C, którą autorowie zalecają podawać w postaci soku z pomarańcz i pomidorów.

a) Wreszcie stosuje się leczenie wyciągami z przytarczyc w formie zastrzyków. Zwiększa się wówczas stan wapnia w surowicy krwi, co wpływa na układ nerwowy roślinny, a głównie na nerw błędny. Wpływ ten jest bardzo szybki: na trzeci już dzień bóle mają ustępować i poprawia się samopoczucie chorego.

W pewnych przypadkach po kilku dniach lub tygodniach poprawy występują ponowne objawy chorobowe, które jednak pod wpływem nowej serji zastrzyków szybko znikają. Oprócz tego parathyreoidyna zmniejsza wydzielanie soku żołądkowego i zwiększa ogólną odporność ustroju na zakażenie.

Ze znacznej ilości metod leczniczych lekarz powinien wybierać takie, które oparte są na fizjologji żołądka. Każda metoda musi być oparta na gruntownej analizie, a zastosowanie tego, co w niej jest najlepsze, może być niekiedy przyczyną zupełnego wyleczenia wrzodu bez uciekania się do zabiegu chirurgicznego.

Dr. Ehrenkreutz

R. Leriche. **„Spadek ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego po urazach czaszki."** (Presse médicale Nr. 51, 1931 r.).

Zwykle w obrazach klinicznych urazów czaszki spostrzega się wzrost ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. W pewnych jednak przypadkach, i to stosunkowo dość częstych (15%), autor stwierdzał obniżenie się tego ciśnienia (zapomocą manometru Claudi'a), przyczem zastosowanie odpowiedniego leczenia spowodowało zupełną poprawę. Objawy tego obniżenia są mało charakterystyczne, a więc

senność, odurzenie, niechęć do odpowiadania na pytania, obawa przed światłem i hałasem, bóle i zawroty głowy, tętno zwolnione lub przyśpieszone, mięśnie napięte, oddech powierzchowny. Nakłucie lędźwiowe daje zaledwie kilka kropli płynu. Obraz powyższy przypomina początkowe stadjum zapalenia opon mózgowych.

Obniżenie się ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego autor tłumaczy w sposób następujący. Pod wpływem urazu i gwałtownego wstrząsu następuje odruchowy skurcz tętnic opon i mózgu, trwający zwykle dość krótko, po nim zaś — reakcja w formie czynnego rozszerzenia się tętnic i przekrwienia mózgu i opon, co jest bezpośrednim powodem wzrostu ciśnienia płynu mózgowo-rdzeniowego. Otóż w przypadkach spadku ciśnienia reakcja powyższa nie następuje, a skurcz naczyń trwa znacznie dłużej. Gra tu też zapewne rolę wyciekanie płynu przez szczelinę pękniętej kości lub przez otwory po ukłuciach lędźwiowych. W celach leczniczych wstrzykuje się dożylnie 20 — 40 cm.^{3} wody destylowanej; jeśli to nie pomaga, należy wstrzyknąć dożylnie lub podskórnie 500 — 1000 cm.^{3} roztworu fizjologicznego soli kuchennej. Chociaż mechanizm tego rodzaju leczenia nie jest dokładnie znany, jednak wyniki są bardzo zachęcające.

Dr. Ehrenkreutz

Ch. Clavel. **„O wczesnym objawie uszkodzeń jelit podczas urazów i ran brzucha.“** (Presse médicale Nr. 28, 1931 r.).

Rozpoznanie uszkodzenia jelita wkrótce po urazie brzucha nastręcza duże trudności. Zwykle rozpoznawano te uszkodzenia wówczas, gdy wystąpiły objawy zapalenia otrzewnej, a więc po kilkunastu nieraz godzinach. Rozumie się, że w takich warunkach interwencja chirurgiczna bywała często spóźniona. Z siły urazu, z okoliczności mu towarzyszących wnioskowano o uszkodzeniu jelit. Proponowano nakłucia jamy otrzewnowej celem przekonania się o obecności wolnej krwi lub innych płynów. Taka metoda dawała pole do szeregu błędów i sama przez się była niebezpieczna. Autor na podstawie obserwacji zachowania się wolnych płynów w jamie brzusznej opracował metodę ich wykrywania we wczesnych przypadkach, gdy to bezpośrednio po urazie ściana brzuszna jest zapadnięta, wiotka, jak u położnicy. Podczas badania chory powinien leżeć na plecach z przygiętemi udami. Czterema palcami ręki, szybkiemi uderzeniami w ścianę brzuszną, nadaje się jej ruch falowy, podczas którego w razie obecności płynu odnosi się podwójne wrażenie: dotykowe i wzrokowe.

Wrażenie dotykowe stanowi tu rodzaj drżenia galaretowego, zależnego od uderzania o palce pętlic jelitowych, pływających w małej ilości płynu.

Wrażenie wzrokowe w postaci widocznego drżenia ściany zależy od przenoszenia się tego falowania na ścianę strony przeciwnej. Błędy i trudności sposobu badania pochodzą najczęściej od znacznej grubości tkanki tłuszczowej podskórnej i w sieci.

W kilku przypadkach objaw wyżej opisany nie zawiódł autora i pozwolił na wczesny zabieg chirurgiczny. Autor proponuje nazwać ten objaw — objawem drżenia otrzewnowego (tremblotement péritonéal) lub objawem najmniejszej ilości płynu w jamie otrzewnowej (signe liquidien peritonéal minimum).

Dr. Ehrenkreutz

Dr. Okuniewski. **„Patologja i terapja ostrej rzeżączki męskiej cewki moczowej w świetle nowoczesnych badań."** (Nowiny Lekarskie, Zeszyt 18 — 1931 r.).

Rzeżączkę przechodzi 90% mężczyzn. Z powodu zawiłej budowy cewki moczowej stwarza ona bardzo dogodne warunki bytowania dla wtargniętych drobnoustrojów, a dla lekarza i lekarstwa trudny dostęp do chorobotwórczych ognisk. Według wielu autorów, rzeżączki nawet prawidłowo leczone i wyleczone nie przekraczają 37%, a 63% rzeżączkowych chorych, klinicznie wyleczonych, posiada ukryte gonokoki (goutte militaire, badania cytologiczne produktów wydzieliny cewkowej, odczyny skórne, spermokultury).

Klasycznego leczenia rzeżączki niema. Od czasu wykrycia gonokoka i wprowadzenia protargolu uważa się terapję srebrową jako jedynie skuteczną i celową. Z nowszych preparatów zasługują na uwagę targezyna z 6% srebra w połączeniu z tanniną, acykal i reargon. Nowością fabrykatu f. Merck jest emulsja cholewalowa zawarta w kapsułkach żelatynowych, których zawartość wlewa się wprost do cewki bez strzykawki, co ma doniosły cel profilaktyczny — zapobiega przenoszeniu infekcji na dalsze odcinki cewki przez nieumiejętne wstrzykiwanie.

Skutecznie mają działać preparaty bismutowe: ½ — 2% rozczyn airolu w postaci wodnej emulsji w przewlekłych schorzeniach rzeżączkowych, rozczyny bismuthum subnitricum z zincum sulfuricum, a również tak zwany neo-antigornyl f. Kajoka z Karlsruhe.

Zalecają stosowanie rivanolu — pochodnego chininy. Mouradian radzi stosowanie w rzeżączce rozczynów arseno-benzolowych.

Do płukań metodą Janeta. które oddają ogromne usługi pod warunkiem odpowiedniego ich stosowania, używamy przeważnie te same środki co do zastrzyków docewkowych: kali hypermanganicum, argent. nitricum, hydrargyr. oxycyanatum i t. d.

W metodzie zastrzykami dożylnemi na szczególną uwagę zasługuje gonakryna, trypaflavina oraz mieszanka gonakryny z błękitem metylenowym. Miewano przypadki rzeżączki wyleczone po 5 zastrzykach stosowanych codziennie po 5 cm.^{3} 2$^0/_0$ rozczynu nawet bez stosowania miejscowego leczenia. Gonakryna jest dobrym środkiem w bardzo wczesnej rzeżączce, w zapaleniu pęcherza i gośćcu rzeżączkowym. Zdaniem autora gonakryna daje pewne wyraźne korzyści, jak zmniejszenie wycieku, skrócenie czasu trwania leczenia oraz zwolnienie z uciążliwej djety, wymaga jednak umiejętnego i ostrożnego stosowania.

Z chwilą, gdy badania serologiczne udowodniły wytwarzanie się w surowicy krwi chorych rzeżączkowych swoistych przeciwciał, zaczęto stosować jako metodę leczniczą ogólną wakcyno — i seroterapję.

Posiadamy auto — i heterotoksyny, jedno — i wielowartościowe. Z polskich szczepionek autor stosuje gonococcin i neo-gonococcin L. S. oraz szczepionkę gonokokową Klawe i P. Z. H. Z kupnych szczepionek obcych najlepszy ma być arthigon, który posiada dodatni czynnik w postaci 40$^0/_0$ urotropiny, w której zawieszone są gonokoki.

Z całego szeregu doustnych środków hemoterapeutycznych zasługuje na uwagę wakcyna gonokokowa t. zw. Rhéantine f. Lumière. Seroterapja i elektroterapja służą jako metody pomocnicze przy leczeniu rzeżączki i są bez większego znaczenia.

Gaspar von Geist proponuje leczenie rzeżączki zapomocą specjalnego aparatu ssącego, który zmniejsza ciśnienie w cewce moczowej, przez co światło gruczołów cewkowych zostaje opróżnione i może być wypełnione przez natychmiast wstrzyknięty antyseptyk.

Ideałem leczenia rzeżączki jest leczenie poronne, które daje duży procent zupełnie pewnych wyleczeń. Według Tana leczenie takie winno odpowiadać następującym warunkom: 1) musi być wykonane w 24 — 48 godzin po ukazaniu się chorobowych objawów, 2) winno trwać nie dłużej jak 8 — 10 dni, 3) winno być nieszkodliwe dla śluzówki cewki moczowej.

Autor 20$^0/_0$ rozczyn argyrolu zastrzykuje do cewki w ilości po 10 cm.^{3} w odstępach 12 godzinnych na minut 10 w ciągu 5 — 6 dni i w ten sposób otrzymuje 70 — 83$^0/_0$ wyleczeń. Stwierdzenie gonokoków w wydzielinie z cewki po pierwszym dniu leczenia dowodzi niezbicie o nieudaniu się leczenia poronnego.

Dr. Jastrzębowski

M. R. Leriche. **„Patogeneza wrzodu trawiennego pooperacyjnego.“** (Referat wygłoszony na Zjeździe chirurgów francuskich w Paryżu w październiku 1931 r.).

Wrzód trawienny pooperacyjny jest cierpieniem zespoleń jelitowych, dokonanych na żołądkach z nadkwaśnością.

Ponieważ patogeneza wrzodu trawiennego pooperacyjnego łączy się ściśle z patogenezą wrzodów żołądkowych, autor w pierwszej części swego referatu omawia tę ostatnią z punktu widzenia klinicznego, bakterjologicznego, anatomicznego oraz doświadczalnego. Wybierając to co w tych teorjach dla autora jest najbardziej przekonywujące oraz na podstawie własnej obserwacji, podaje hypotezę powstawania wrzodów trawiennych żołądkowych. W okresie, kiedy pojawia się nieżyt żołądka z następowemi zmianami, wydzielanie jamy odźwiernikowej (antrum pyloricum) pobudza na drodze krwionośnej śluzówkę dna żołądka do wytwarzania nieprawidłowego soku żołądkowego, skąd nadkwaśność i nadmierne jego wydzielanie. Tego rodzaju okoliczności w wysokim stopniu sprzyjają powstawaniu wrzodów. Dowodów dostarcza nam z jednej strony doświadczenie na zwierzętach, u których tworzyły się wrzody po zadziałaniu na śluzówkę kwasem solnym, z drugiej zaś obserwacja kliniczna, a mianowicie stała nadkwaśność obok wrzodów żołądkowo-dwunastniczych, oraz oddziaływanie soków trawiennych na ściany i skórę w przebiegu przetok żołądkowych i dwunastniczych. Bardzo poważnego argumentu dostarcza wreszcie sama natura w przypadkach wrzodu uchyłka Meckel'ego, znanego u dzieci przy krwotokach i przedziurawieniach.

Wykazano, że umiejscawia się on na śluzówce typu jelitowego, niepozostającej pod działaniem śluzu wydzielanego w jamie odźwiernikowej, a natomiast znajdującej się w kontakcie z wysepką śluzówki żołądkowej wytwarzającej kwas solny.

Z innej strony poznano na drodze doświadczalnej, że wysepki śluzówki żołądkowej, zaszczepionej zdala od żołądka, wydzielają podobnie, jak on sam, czynny sok kwaśny. Wszyscy zaś, którzy obserwowali wrzody uchyłka Meckel'ego, upodabniają je do wrzodów trawiennych, tak jak to stwierdzają autorowie, którzy spostrzegali wrzody jelitowe pooperacyjne. Tego rodzaju tłumaczenie patogenezy choroby wrzodowej żołądka jest według autora najbardziej logiczne i zadawalniające. Zgadza się ono zupełnie z faktami fizjologicznemi, klinicznemi i doświadczalnemi. Zaburzenia w krążeniu, zwykłe przekrwienie, stanowią być może mechanizm powstawania nieżytów żołądka. Nie odgrywa tu natomiast żadnej roli infekcja. Jest to raczej czynnik

wtórny, patogenetycznie małego znaczenia, zwykły element w rozwoju klinicznym cierpienia.

Jednem słowem wrzód zwykły żołądka jest wrzodem trawiennym, rozwijającym się na śluzówce, wydzielającej treść zasadową, w której śluz, zwykle rozpuszczony, a nie strącony, zmieniony jest naskutek pierwotnego przekrwienia i nadkwaśności. Czynność trawiąca jest wynikiem nienormalnego wydzielania dna, wywołanego zmianami w jamie odźwiernikowej. Sprawa etjologji wrzodu żołądkowego nie jest tem samem wyczerpana i pozostaje jeszcze wiele zagadnień do rozwiązania, jak naprzykład, jaki jest czynnik rządzący wydzielaniem i wydalaniem śluzu?

W drugiej części referatu autor omawia patogenezę wrzodów trawiennych pooperacyjnych. Rozumie przez nie wrzody, które powstały na odcinkach kanału pokarmowego, przyszytych na drodze operacyjnej do żołądka. Kiedy się wówczas mówi o wrzodzie trawiennym, ma się na myśli wrzód przy otworze po zespoleniu żołądkowo-jelitowem.

Wrzód pooperacyjny zjawia się w różnym czasie po dokonanej operacji z powodu pierwotnego wrzodu żołądka, niekiedy już po kilku miesiącach, najczęściej jednak po paru latach. Jeśli chodzi o rodzaj operacji — to najrzadziej występuje po gastro-enterostomji (1,5—5$^0/_0$), dość rzadko po wycięciach przy gastro-enterostomjach i po rozległych pyloro-gastrectomjach, szczególnie zaś często po resekcjach odźwiernika i usunięciu jamy odźwiernikowej (25$^0/_0$). Przeważnie usadawia się na końcu odprowadzającej pętli jelitowej zespolonej, bardzo rzadko w samym otworze zespoleniowym. Pozatem występuje zwykle pojedyńczo, chociaż znane są liczne owrzodzenia na pętli odprowadzającej.

Wrzodom tym zawsze towarzyszy nadkwaśność soku żołądkowego. Po operacjach, po których występował brak kwasu solnego, nie spostrzegano wrzodów trawiennych pooperacyjnych. Ponieważ naprzód nigdy nie wiadomo, czy dana operacja wywoła brak kwasu solnego, przeto wrzód pooperacyjny jest zawsze możliwy. Jeżeli więc występuje recydywa, należy cierpienie leczyć na drodze nowej resekcji doprowadzającej definitywnie do braku kwasu solnego. Rola kwasowości wydaje się najważniejszą z punktu widzenia doświadczeń na ludziach, jakich dostarczają zabiegi chirurgiczne. A jeśli dodamy do tego, co nas uczą doświadczenia na zwierzętach, to jest, że wrzód pooperacyjny jest częsty we wszystkich tych przypadkach, gdy powstaje zastój w jamie odźwiernikowej lub jej podrażnienie, a natomiast wrzód ten nie tworzy się, gdy jama odźwiernikowa jest usunięta, patogeneza wrzodu trawiennego pooperacyjnego wyda się prostą.

Śluzówka żołądka jest zwykle ochraniana przed kwasotą przez wydzielany w okolicy odźwiernikowo-dwunastniczej w wystarczającej ilości śluz, który, znajdując się w środowisku zasadowem w stanie rozpuszczonym, stanowi dokładną powłokę osłaniającą. Gdy następuje zaburzenie w krążeniu i dochodzi do nieżytu żołądkowo-dwunastniczego, wówczas śluzówka dwunastniczo-odźwiernikowa, zróżniczkowana z punktu widzenia ochrony przez śluz, podlega metaplazji wstecznej do typu jelitowego. Otóż właśnie na takiej śluzówce powstaje wrzód. Każde zespolenie żołądkowe doprowadza w rezultacie do heterotopji jelitowej na dużej krzywiźnie żołądka. Na tak zmienioną śluzówkę, nieochronioną w dodatku przez śluz izolujący, wywiera z sąsiedztwa swoje żrące działanie sok o zwiększonej kwasocie. Z powyższego wydaje się słusznem, że wrzód trawienny jest identyczny z wrzodem żołądka i opuszki dwunastniczej. Ich przyczyny rzeczywiste zdają się być identyczne z temi, które zwykle wywołują wrzód u człowieka. Jest on rezu.tatem ewolucji lub recydywy w przebiegu choroby podstawowej.

Poznawszy powyższe czynniki, odgrywające rolę w powstawaniu wrzodów pooperacyjnych, nie można przypisywać jakiegoś poważniejszego znaczenia okolicznościom, zachodzącym w przebiegu każdej operacji, a więc takim, jak obecności nitki jedwabnej w ranie, uszkodzeniu miejscowemu tkanek zaciskaczami, infekcji, krwiakom podśluzówkowym i t p. Nie wolno jednak myśleć, że zagadnienie wrzodu trawiennego pooperacyjnego jest całkowicie rozwiązane. Z punktu widzenia leczniczego i zapobiegawczego dużo niejasnych faktów pozostaje do rozstrzygnięcia.

Na Zjeździe chirurgów francuskich koreferentem prof. Lerich'e był *M. Gosset*, który omówił **leczenie wrzodów trawiennych pooperacyjnych**.

Leczenie to, przedewszystkiem chirurgiczne, powinno być wczesne ze względu na tendencję wrzodów do nawrotów, zwłaszcza gdy operowano w wieku młodym i gdy pierwotny wrzód był wrzodem dwunastniczym.

Z metod operacyjnych odgrywają główną rolę dwa zabiegi, stojące na przeciwległych biegunach t. j. dążenie do odbudowy anatomicznej i rozległe usunięcie żołądka. Pośrodku nich mamy częściowe usunięcie żołądka z dokonaniem zespolenia żoładkowo-dwunastniczego.

Skasowanie proste zespolenia żołądkowo-jelitowego celem przeprowadzenia odbudowy anatomicznej jest metodą złą, która prowadzi

do nawrotu wrzodu dwunastniczego. Natomiast wskazane jest uzupełnienie odzespolenia żołądko-jelitowego przez usunięcie częściowe dwunastnicy z wycięciem 2/3 przednich zwieracza. Ta operacja wydaje się bardzo racjonalną.

Jeżeli odbudowa anatomiczna nie może być urzeczywistniona, pozostają dwie następujące: a) założenie nowego i lepszego zespolenia żołądkowo jelitowego lub b) wykonanie nowej resekcji. Co do pierwszej metody, to nie usuwa ona skłonności do ponownego wrzodu; może być natomiast wykonywana u osób słabych i starszych. Rozległa zaś resekcja powinna obejmować $^2/_3$ żołądka, razem z usunięciem poprzedniego zespolenia żołądkowo-jelitowego i wrzodu trawiennego. Według Peana wystarczy wyciąć część odźwiernikową, wtedy otrzymać można także dobre rezultaty, lecz taka operacja niezawsze jest możliwa. Ostatecznie autor radzi rozległe wycięcie żołądka, gdyż najwięcej ma się wtedy wyników dobrych przy najmniejszym procencie nawrotów.

Wreszcie u chorych bardzo wyniszczonych i starych, nie nadających się do większej operacji, duże usługi oddaje założenie przetoki jelitowej. Odżywianie chorego tą drogą może doprowadzić do znacznej poprawy stanu ogólnego i następczo ułatwić dokonanie radykalnej operacji.

Dr. Ehrenkreutz

Kronika

Zjazd delegatów Z. L. K.

Dnia 20 grudnia r. b. godz. 10 rano odbędzie się w Warszawie (Al. Jerozolimskie 6) posiedzenie Zarządu Głównego i delegatów Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych.

Porządek obrad:

1) Sprawy bieżące.
2) Projekt instrukcji dla lekarzy kolejowych.
3) Zjazd w Krakowie 1932 r.
4) Wolne wnioski.

Wolne wnioski Kół winny być uprzednio nadesłane do Zarządu Głównego.

Uchwały IV Ogólnopolskiego Zjazdu Przeciwgruźliczego w Zakopanem w dn. 20 — 22. IX. 1931 r.

1) IV Zjazd Przeciwgruźliczy zwraca się z gorącem wezwaniem do Rządu Rzeczypospolitej, aby w okresie przeżywanego bezrobocia, związanej z niem nędzy, a w następstwie tego — groźnego szerzenia się gruźlicy, nie redukował sum przeznaczonych na akcję przeciwgruźliczą, oraz do całego społeczeństwa polskiego, aby w tym momencie zechciało nie zmniejszać swej ofiarności na cele walki z gruźlicą, tą największą klęską społeczną.

2) Wobec istniejących warunków ekonomicznych kraju i spowodowanego tem niedostatecznego wyzyskiwania łóżek posiadanych w sanatorjach społecznych IV Zjazd ostrzega przed tworzeniem luksusowych sanatorjów, a zwłaszcza t. zw. pseudo-sanatorjów. Natomiast wyraża przekonania, że najbardziej celowem jest urządzanie sanatorjów i szpitali-sanatorjów z możliwie niską opłatą.

3) Zjazd wzywa wszystkie instytucje rządowe, samorządowe, społeczne oraz zakłady ubezpieczeń społecznych do jaknajrychlejsze-

go scalenia dotychczas przez siebie prowadzonej akcji przeciwgruźliczej w łonie istniejących terytorjalnych towarzystw przeciwgruźliczych, zrzeszonych w Polskim Związku Przeciwgruźliczym. Wzorem scalonej akcji może służyć organizacja Naczelnej Rady Walki z Gruźlicą w Łodzi.

4) Zjazd uważa za celowe organizowanie specjalnych zakładów dla gruźliczo-chorych wspólnemi siłami wszystkich instytucyj, biorących udział w walce z gruźlicą. Zakłady przeznaczone dla chorych niebezpiecznych dla otoczenia, wymagających dłuższej kuracyi, powinny dawać im możność fachowego przekształcenia się do zawodów odpowiednich do ich stanu zdrowia

5) Zjazd zwraca się z prośbą do Władz Rządowych, aby w możliwie krótkim czasie został zrealizowany projekt Ministerstwa Wyznań Religijnych i Oświecenia Publicznego, dotyczący budowy gimnazjum o charakterze ściśle sanatoryjnym w klimacie górskim, uważając dotychczasowy brak takiego zakładu za poważną lukę na froncie walki z gruźlicą w Polsce.

6) Celem ustalenia nazw zakładów leczniczych o typie społecznym IV Zjazd ustala:

a) Pod nazwą „Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, dający przez swoje położenie i urządzenie możność stosowania, prócz innych metod leczniczych, również i terapji klimatyczno-djetetycznej przy odpowiednim reżimie. Sanatorjum powinno przyjmować wyłącznie takich chorych na gruźlicę, którzy potrzebują leczenia, a stan których rokuje osiągnięcie możliwie trwałej poprawy.

b) Pod nazwą „Szpitala-Sanatorjum dla chorych na gruźlicę" rozumieć należy zakład leczniczy pod odpowiedniem fachowem kierownictwem, odpowiednio położony i urządzony, przeznaczony do leczenia i izolowania wszelkich postaci gruźlicy, do nieuleczalnych włącznie. Poza innemi oddziałami zakład ten powinien posiadać oddziały: obserwacyjno-segregacyjny, chirurgiczny i dla chorych nieuleczalnych.

7) Ponieważ w walce z gruźlicą niezmiernie doniosłe zadanie przypada pracy wychowawczo-profilaktycznej nad młodem pokoleniem, przeto IV Zjazd wyraża nadzieję, że zniesiona ze względów oszczędnościowych instytucja lekarzy szkolnych będzie przy poprawie stosunków ekonomicznych w państwie na nowo wprowadzona.

8) IV Zjazd uchwala koniecznośc wprowadzenia w państwie „Ustawy Przeciwgruźliczej" i wzywa Rząd do jaknajrychlejszego wniesienia do Sejmu projektu takiej ustawy.

9) IV Zjazd wyraża przekonanie:

a) że wszystkie czynniki fachowe, t. j. lekarz wolnopraktykujący, poradnia, szpital i sanatorjum, są uprawnione, a nawet obowiązane, do wspólnego kierowania losem chorego i do walki z gruźlicą.

b) że koszty leczenia chorych na gruźlicę nie mogą naogół obciążać wyłącznie samych chorych, a powinny obowiązywać również odnośne czynniki państwowe, samorządowe i społeczne.

c) że w Polsce powinien powstać Centralny Zakład Badań nad Gruźlicą. Konieczność stworzenia takiego zakładu była już stwierdzona uchwałą III-go Zjazdu Przeciwgruźliczego w Poznaniu.

d) że Zakopane ma warunki stacji górskiej, odpowiednie do leczenia gruźlicy płuc.

d) że w Zakopanem również powinno powstać tanie sanatorjum o charakterze ludowym.

10) Zjazd wyraża przekonanie, że restytuowanie zniesionego w swoim czasie Ministerstwa Zdrowia Publicznego będzie nietylko z korzyścią dla postępu kultury zdrowotnej w Polsce, ale przyniesie Skarbowi Państwa znaczną oszczędność.

POLSKIE TOWARZYSTWO
SZPITALNICTWA
Warszawa, Widok 23 m. 3.
Tel. 771-71.
(Lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich).
Konto P. K. O. № 24820.

Odezwa

W obliczu wielkich braków szpitalnictwa naszego staje się nakazem chwili skupienie bez wyjątku wszystkich, pracujących na polu szpitalnictwa w jedną, potężną organizację, stawiającą sobie za zadanie drogą skonsolidowanego wysiłku, opartego o zdecydowany i celowy program, stopniowo „dźwignąć", a z czasem nawet „odrodzić" szpitalnictwo. Tem zrzeszeniem na całą Polskę jest założone w 1930 r. „Polskie Towarzystwo Szpitalnictwa", które po zalegalizowaniu i niezbędnym okresie przygotowawczym z początkiem 1931 r. przystępuje do pracy.

Zakres działania zawarty jest w §§ 1 i 2 statutu i brzmi, jak następuje: „Polskie Tow. Szpitalnictwa“ ma na celu podniesienie poziomu i rozwój szpitalnictwa pod względem lekarskim, budowlano-technicznym i administracyjnym. Dla osiągnięcia tych zamierzeń P. T. S.

a) tworzy biuro centralne w celu gromadzenia materjałów dotyczących szpitalnictwa w Polsce i zagranicą, utworzenia bibljoteki z zakresu szpitalnictwa, utworzenia muzeum szpitalnictwa;

b) udziela rad i informacji w różnych działach szpitalnictwa;

c) urządza ankiety międzyszpitalne, dotyczące różnych zagadnień z zakresu budownictwa, higjeny, lecznictwa, pielęgniarstwa, urządzenia i prowadzenia szpitala;

d) organizuje zbiorowe zwiedzanie wzorowych zakładów leczniczych;

e) urządza posiedzenia naukowe;

f) tworzy kursy, wykłady, zajęcia praktyczne z zakresu szpitalnictwa, urządza wystawy i pokazy publiczne;

g) wydaje pismo, poświęcone sprawom szpitalnictwa, opracowuje i wydaje dzieła, broszury, instrukcje i regulaminy z zakresu szpitalnictwa; pomaga przy podejmowaniu prac specjalnych i przy ogłaszaniu drukiem ich wyników;

h) powołuje komisje w celu opracowania będących na czasie zagadnień z dziedziny zadań Towarzystwa, ogłasza konkursy na opracowanie tematów uznanych za doniosłe przez Towarzystwo, nagradza prace z zakresu działalności Towarzystwa, pojawiające się w postaci dzieł lub artykułów;

i) organizuje zjazdy miejscowe i ogólno-krajowe, współdziała w zjazdach międzynarodowych w sprawach szpitalnictwa, jako też wysyła delegatów na zjazdy lub dla badania zagadnień z zakresu działalności Towarzystwa i w tym celu ustanawia stypendja;

j) zakłada i prowadzi różne instytucje, mające związek z celami Towarzystwa;

k) współdziała z władzami państwowemi, samorządowemi, zrzeszeniami społecznemi, organizacjami zawodowemi i naukowemi lekarzy, inżynierów, architektów i pielęgniarek w zakresie szpitalnictwa;

l) występuje do wszelkich władz państwowych, samorządowych z odpowiedniemi memorjałami, wnioskami, petycjami i projektami praw;

m) przyłącza się do „Międzynarodowego Towarzystwa Szpitalnictwa“ — „Association Internationale des Hôpitaux“.

Do zawiązanego na Kongresie w Atlantic City „Międzynarodowego Komitetu Szpitalnictwa“, który ma być przekształcony na najbliższym Kongresie w Wiedniu w czerwcu r. b. na „Międzynarodowe

Towarzystwo Szpitalnictwa", weszło narazie 36 przedstawicieli państw uczestniczących w kongresie. Statut M.T.S. przewiduje udział w niem po 2 delegatów poszczególnych narodowych towarzystw i jednego przedstawiciela państwa oraz 12 członków rzeczoznawców kooptowanych przez Zarząd. Ta stała współpraca z innemi narodami oraz przygotowywanie materjałów na kolejne Kongresy przynosić nam będzie ogromne korzyści, lecz też nakłada duże i rozległe obowiązki.

Na tem miejscu zwracamy się z apelem o przekazywanie względnie składanie do depozytu do bibljoteki P. T. S. wszelkich materjałów, dotyczących zagadnień szpitalnictwa w ogólności, a więc książek, broszur, manuskryptów, zestawień i statystyk, wykresów, planów istniejących lub zamierzonych budowli, fotografji, katalogów etc. etc. Te materjały, czerpnięte wprost z życia, będą dawały najlepszy obraz naszego stanu, naszych niedomagań, lub chlubnych wyników; będąc w styczności z urzędami państwowemi, komunalnemi i instytucjami szpitalnemi musimy stopniowo skompletować i nadal uzupełniać to jedyne w swoim rodzaju „Archiwum szpitalne" w Polsce; z czasem z dubletów i perjodycznych wydawnictw utworzą się zeszyty biura wypożyczalni.

Raz do roku przewidują się zjazdy wszystkich członków kolejno w różnych większych miastach Polski dla obrad na plenum i w komisjach. Odczyty dyskusyjne wygłaszane w Warszawie będą drukowane, a w pewnych okolicznościach mogą być powtarzane i w innych liczniejszych ośrodkach członków Towarzystwa.

Zarząd zwraca się z gorącą prośbą o zgłaszanie na piśmie referatów (w krótkiem streszczeniu) w celu wytworzenia bezwzględnej ciągłości; mogą to być również tematy, poruszone już w stowarzyszeniach lekarskich poza Warszawą i nie ogłoszone dotąd drukiem.

Wiemy, jak trudne są początki i z pewnością będą w pracy naszej usterki — poradźcie wtedy, jak tego unikać, a prędzej i łatwiej znajdziemy drogi wyjścia.

Chcemy stworzyć atmosferę pracy rzeczowej i szczerej: pragniemy, ażeby weszło w naszą tradycję, że będziemy słuchać nietylko dzielących się z nami swojemi sukcesami, lecz też przyjdą do nas ci, którzy w imię dobra sprawy powiedzą, co się im właśnie nie udało, a z pewnością korzyść z tego będzie nawet większa, bo błędów innych nikt już nie powtórzy.

Nie wątpimy, że każdy człowiek pracy nas rozumie; więc liczymy, ogarniając myślą cały wielki obszar Rzeczypospolitej o 30 miljonach ludności, że o ile idą już ku nam liczne, prawdziwe nici sympatji, to też przyjdą tego i dowody. Przecież dążeniem naszem jest

doprowadzenie w Polsce do stworzenia takich warunków, żeby dla bólu, nieszczęścia i nędzy nie zamykały się odmownie bramy szpitalne, za któremi bez wyjątku każdy chory widzi jakąś nadzieję, a czasem jest to jego jedyny nawet ratunek.

Członków założycieli jest ponad 100 i przeszło 50 instytucji szpitalnych. Wierzymy mocno, że w odezwie za rok, występując nietylko z programem, ale i sprawozdaniem z działalności, w spisie naszych członków znajdą się już ci wszyscy, do których zwracamy się dziś. Czyż naprawdę nie będą się czuli dumni, że swoim udziałem przyczynili się odrazu do okrezpnięcia i rozszerzenia pracy instytucji tak bardzo potrzebnej dla naszej Ojczyzny?

Zarząd Polskiego Towarzystwa Szpitalnictwa

UWAGA: Na żądanie sekretarjat P T.S. wysyła pełny Statut stowarzyszenia po otrzymaniu 2-ch znaczków poczt. po 25 gr. na koszty przesyłki. Odezwa niniejsza w celu rozpowszechniania jest przesyłana na życzenie pod wskazanym adresem bez ograniczenia. Członkowie przyjęci przez Komisję przyjęć i Zarząd po wpłaceniu przewidywanej składki przekazem na P.K.O. otrzymują pokwitowanie z odbioru pieniędzy, kartę członkowską i egzemplarz Statutu.

Przy deklaracji na członka osobistego dołączyć należy krótki życiorys oraz uzyskać podpisy dwóch członków osobistych P. T. S. Osoby zamiejscowe mogą przesłać deklarację do jednego ze znajomych członków założycieli z prośbą o uzyskanie jeszcze drugiego podpisu i skierowania odrazu deklaracji kandydata do sekretarjatu P. T. S.

ZARZĄD GŁÓWNY
ZWIĄZKU PRAWNIKÓW
POLSKICH KOLEI PAŃSTWOWYCH

Warszawa, dn. 10 listopada 1931 r.

Do

Zarządu Głównego Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych

W WARSZAWIE
Ul. Chmielna 38.

W pierwszym kwartale 1932 r. ukaże się nakładem i w opracowaniu naszego Związku drugie z rzędu wydanie Rocznika Kolejowego — „Rocznik Kolejowy 1931/32".

Pragnąc pozyskać dla wspomnianego wydawnictwa jak najliczniejszych nabywców, podpisany Zarząd pozwala sobie przesłać w załączeniu 10 sztuk odezw wraz z deklaracjami na nabycie „Rocznika“, z prośbą o poparcie naszej akcji przez zamówienie odpowiedniej ilości egzemplarzy dla użytku Związku, tudzież przez zachęcenie członków Związku — do nabywania Rocznika.

Równocześnie podpisany Zarząd nadmienia, że „Rocznik 1931/32“ obejmie zmiany personalne do końca grudnia 1931, tudzież że termin subskrypcji, ustalony w odezwie na dzień 15.XI-1931 r. został przedłużony do dnia 30.XI r. b.

Zamówienia uprasza się nadsyłać do dnia 10 XII r. b. pod adresem Zarządu Głównego Związku Prawników P. K. P. w Warszawie, Nowy-Świat 14, (do rąk sekretarza Dra W. Lewickiego).

Sekretarz
Dr. Lewicki

Prezes
Dr. Zawojski

Dnia 7 listopada r. b., na walnem zebraniu Koła Stanisławowskiego na prezesa Koła wybrano D-ra Niemczewskiego.

Dr. A. Ossoliński przeszedł Sanitarjatu Województwa.

Naczelna Izba Lekarska.

Komunikat Naczelnej Izby Lekarskiej o utworzeniu Biura Propagandy Medycyny Polskiej, ogłoszony w Dzienniku Urzędowym Izb Lekarskich Nr. 10 z dnia 1 października b. r., znalazł żywy oddźwięk wśród lekarzy, co lest najlepszym dowodem potrzeby takiego Biura.

W nadsyłanych listach zwracają Szanowni Korespondenci w pierwszym rzędzie uwagę na racjonalną organizację pracy, któraby zapobiegła wykonywaniu tych samych wysiłków przez różne czynniki i różne osoby.

Biuro Propagandy Medycyny Polskiej, chce obecnie nawiązać kontakt z szeregiem czasopism zagranicznych, w sprawie umieszczania w nich streszczeń polskich prac lekarskich. Kierując się zasadą organizacji pracy, B. P. M. P. prosi Panów Lekarzy, którzy są stałemi korespondentami pism zagranicznych, o powiadomienie, z jakiemi pismami zagranicznemi pracują, aby pism tych nie brać już pod uwagę.

Wspomnienia pośmiertne.

ś. p. Dr. Władysław Panecki. W roku bieżącym Zrzeszenie Lekarzy Kolejowych poniosło dużą stratę z racji zgonu ś. p. D-ra Władysława Paneckiego, b. vice-prezesa Zarządu Głównego i b. prezesa Koła Gdańskiego. Zmarł 6 sierpnia r. b.

ś. p. Dr. Władysław Panecki urodził się w Ostrzeszowie w Wielkopolsce, odbywał studja na uniwersytecie w Hali i Wrocławiu, gdzie brał czynny udział w polskich organizacjach akademickich. Po uzyskaniu tytułu doktora medycyny osiedlił się w Koronowie, a stąd przeniósł się do Tczewa.

W r. 1889 osiedlił się w Gdańsku, jako specjalista chorób kobiecych, gdzie założył własną lecznicę. Tutaj był też czynny na polu gospodarczym i społecznym. Należał do szeregu towarzystw oświatowych i społecznych, będąc nie jednych założycielem. Po wojnie był członkiem Naczelnej Rady Ludowej, która dzięki Jego inicjatywie przekształcona została na Gminę Polską, której był pierwszym prezesem. W roku 1921 wprowadza w życie uchwałę Naczelnej Rady Ludowej w sprawie założenia Macierzy Szkolnej w celu zrealizowania zadań Gimnazjum Polskiego w Gdańsku. Poza pracą społeczną zajmował się polityką, został wybrany posłem do pierwszego sejmu Gdańskiego i dzierżył tam godność prezesa Koła Polskiego. Wystąpienia jego w obronie ludu polskiego były zawsze poważne i nacechowane pewnością, to też umiał zdobyć sobie szacunek nawet u niemców. Był jeszcze posłem i w drugiej kadencji sejmu Gdańskiego, przy wyborach jednak ostatnich już nie kandydował, gdyż stanowisko w Dyrekcji Kolejowej bardzo go absorbowało, a pozatem czuł się już słabym i zmęczonym. Od 1.IV-1922 do 31.III-1923 roku zastępuje Lekarza Naczelnego Dyrekcji Gdańskiej, w roku zaś 1923 zostaje Lekarzem Naczelnym Dyrekcji. Z dniem I.VI-1930 roku przeszedł w stan spoczynku.

Za pracę swą na polu społeczno-narodowym odznaczony został ś. p. Dr. Panecki przed szeregiem lat orderem „Polonia Restituta".

Pracował spokojnie, bez rozgłosu i umiał zjednać sobie ludzi, a szczególniej biednych, których szczodrze wspierał.

ś. p. Dr. Panecki brał również bardzo czynny udział w pracach Zrzeszenia Lekarzy Kolejowych, przez szereg bowiem lat był prezesem Koła Gdańskiego i vice-prezesem Zarządu Głównego.

Cześć Jego pamięci!

Dr. Bermański.

Ś. p. Dr. Stanisław Dobrowolski, urodził się na Wołyniu 26 sierpnia 1866 roku. Po ukończeniu studjów medycznych na uniwersytecie Kijowskim w roku 1891, przez dwa lata pracowawał w klinikach Petersburskich, następnie $3^1/_2$ lata był lekarzem marynarki rosyjskiej, zaś od roku 1897 osiadł na stałe w Odesie jako ordynator szpitala miejskiego na oddziale wewnętrznym i chorób zakaźnych oraz jako Naczelny Lekarz tramwajów miejskich. Od roku 1901 pełnił też obowiązki Lekarza Naczelnego Odeskiego Okręgu Pocztowego. Podczas wojny wszechświatowej w roku 1914 został powołany do służby wojskowej w armji rosyjskiej i pracował w urzędach wojskowych w Odesie do roku 1918. W początkach stycznia 1920 roku podążył do Polski, by resztę swego życia poświęcić służeniu wskrzeszonej Ojczyzny i mimo podeszłego wieku zgłosił się jako lekarz ochotnik do wojska polskiego w Poznaniu, gdzie otrzymał przydział lekarza stacyjnego w Okręgowym Szpitalu Wojskowym i pracował do 1-go maja 1921 r. Od roku 1921 poświęcił się pracy w kolejnictwie polskiem, jako zastępca Lekarza Naczelnego Dyrekcji Warszawskiej P. K. P.

Był to człowiek o wysokiem poczuciu obowiązku i etyki lekarskiej, w pracy niestrudzony, zawsze spokojny, zrównoważony, miły w obejściu z kolegami i podwładnemi, był jakby urzeczywistnieniem dobroci człowieka na ziemi, dla tego też zyskał powszechny szacunek i poważanie wśród wszystkich, którzy go znali. Mieszkał stale w Milanówku, szeroko udzielając pomocy lekarskiej przeważnie bezinteresownie niezamożnym rzeszom swych licznych pacjentów.

Zmarł dnia 17 maja 1931 roku.

Cześć Jego świetlanej pamięci!

Dr. L. Jastrzębski

Ś. p. Dr. Piotr Geisler. Dni 27.XI 1930 r. nieubłagana śmierć zabrała nam znów jednego z zasłużonych działaczów na niwie naukowej i społecznej człowieka, który schyłek swego pracowitego żywota spędził na Śląsku i pracował dla Ślązaków, lekarza, generała brygady, Dr. Piotra Geislera.

Ś. p. Dr. Piotr Geisler urodził się w 1870 r. w Dobromilu, gimnazjum kończył w Przemyślu, medycynę studjował w Krakowie, gdzie też otrzymał doktorat. Od początku do końca wojny światowej był lekarzem armji, poświęcał dużo sił pracy narodowej. Tak np. w roku 1917 w Lubitowie, w okolicach Kowla, jako komendant miejscowego szpitala zakłada on szkołę dla dzieci i dorosłych, w której nauczają religji, języka polskiego i t. d. W czasie wojny był komendantem paru szpitali frontowych na froncie polskim i wszędzie przychodzi z pomocą ludności cywilnej, zniszczonej przez wojnę. W 1919 r. po uzyskaniu niepodległości przez Polskę został komendantem szpitala okręgowego w Krakowie, w tymże roku komendatem 1 p. strzelców podhal. w Nowym Sączu, w r. 1921 w Grudziądzu, a w r. 1922, przy objęciu Górnego Śląska przez wojska polskie zostaje naczelnym lekarzem garnizonowym w Katowicach.

Na Śląsku ś. p. generał Dr. Geisler słynął szeroko ze swej dobroci, jako znakomity lekarz okulista i jako człowiek, chętnie, bez względu na czas i przepracowanie, dążący z pomocą bliźniemu. On był jednym z najgorliwszych twórców i organizatorów śląskich Kolumn Sanitarnych Czerw. Krzyża, opiekował się harcerstwem, był lekarzem szkolnym i wogóle przyjacielem młodzieży, wśród której cieszył się niezmierną sympatją i popularnością. Pozatem był lekarzem specjalistą P. K. P. w Katowicach i kilkunastu Kas Chorych Górnego Śląska.

W roku 1926 został mianowany generałem brygady i przeniesiony w stan spoczynku.

Zachorował na zapalenie płuc i zmarł 27.XI-1930 r. o godz. 13,5 w Krakowie, osieracając żonę, syna i cztery córki.

Ubył znów człowiek cichy a wielkiej pracy i wielkiego serca, którego odejście pogrąża w szczerym żalu szerokie sfery społeczeństwa śląskiego zwłaszcza te, którym swą wiedzą i pracą ulgę przynosił.

Ziemia Śląska, dla której ostatnio tak chętnie i dużo pracował, nie zapomni Go.

Requiescat in pace!

Ś. p. Dr. Stanisław Szukalski urodził się 28. VIII. 1865 jako syn obywatela ziemskiego w Strzelcach, powiat Mogilno Wkp. Do gimnazjum uczęszczał w Tomaszowie i Chełmnie, maturę zdał w 1884 r. Od roku 1884 studjuje medycynę w Berlinie i Gryfji i w roku 1891 uzyskuje dyplom.

Po odbyciu w roku 1895 obowiązkowej służby wojskowej rozpoczyna praktykę lekarską w Koronowie. W roku 1920 — 21 brał czynny udział w wojnie przeciw bolszewikom, poczem zwolniony zo- do rezerwy w randze kapitana.

Przy kolei pracował od 1 VIII 28 jako lekarz rejonowy.

Zmarł 25. XII. 1930 r.

W życiu społecznem brał czynny udział i był przez dłuższy stał czas zastępcą burmistrza w Koronowie.

Cześć Jego pamięci!

Ś. p. Dr. Hugon Żynda urodził się 16. VIII. 1887 jako syn radcy zdrowia, D-ra Franciszka Żyndy w Skórczu. W roku 1909 ukończył gimnazjum i wstępuje jako praktykant do Warsztatów Kolejowych w Królewcu, gdzie równocześnie uczęszcza do Państwowego Zakładu Budowy Maszyn.

W końcu roku 1910 wstępuje na Uniwersytet w Monachium i studjuje medycynę. W roku 1913 wstępuje do wojska w celu odbycia jednorocznej służby obowiązkowej i tu zastaje go wybuch wojny; zostaje wcielony jako lekarz do armji, gdzie przebywa do końca roku 1918 w charakterze lekarza podporucznika. W maju 1919 uzyskuje dyplom wszech nauk lekarskich na Uniwersytecie w Królewcu.

W roku 1919 przyjeżdża do Polski, rozpoczyna praktykę na Klinice Uniwersyteckiej w Poznaniu. Tu zastaje go wojna z Bolszewją i zgłasza się do wojska jako ochotnik; pełni obowiązki lekarza pułkowego i uzyskuje tytuł kapitana. Po ukończeniu wojny, zgłasza się ponownie w roku 1921 na Klinikę Uniwersytecką w Poznaniu, gdzie uzyskuje w roku 1922 doktorat. Od roku 1922 praktykuje w Skórczu. W roku 1924 zostaje lekarzem zaufania Kolejowej Kasy Chorych, a w roku 1928 lekarzem rejonowym.

Bierze czynny udział w życiu społecznem i był prezesem powstańców i wojaków w Skórczu.

Zmarł 7. II. 1930 r.

Cześć Jego pamięci.

Ś. p. Dr. Eugenjusz Jodko. Koło Wileńskie poniosło w r. 1930 dotkliwą stratę z powodu śmierci 22 czerwca swego członka, dr. Eugenjusza Jodko, S. R. Lida. Ś. p. dr. Jodko brał udział w walnem posiedzeniu Koła w Wilnie i nic nie przemawiało za tem, że go toczy straszna choroba. Mniej niż w miesiąc potem rozeszła się niespodziewana wiadomość o Jego śmierci w szpitalu kolejowym na Wilczej Łapie z powodu raka wątroby. Był to sumienny lekarz, dobry Kolega i nadzwyczaj prawego charakteru człowiek.

Cześć Jego pamięci!

Spis rzeczy.

Sommaire.



Druk L. Mioduszewski, Warszawa, Złota 45. Tel. 747-94.